Nr. 14. 5. kwietnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

J. A. COLLAZO, Montevideo S. A.
I. LEWICKI. Warszawa.

O zawartości kwasu mlecznego we krwi chorych cukrzycowych i o wpływie na nią insuliny.

Z I-go Oddziału Wewn. Szpitala Wolskiego.
Ordynator: Dr. A. Landau.

I.

Rola kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji staje się coraz bardziej widoczną. Badania Embdena i jego szkoły wykazały, że kwas mleczny jest jednym z nader ważnych pośrednich produktów przemiany nietylko węglowodanów, lecz prawdopodobnie także białek i tłuszczów. Powstawać on może: 1) z węglowodanów, jak glikogen, heksozy (dekstroza, lewuloza) i triozy (aldehyd glicerynowy, dwuoksyaceton); 2) z produktów rozpadu białek (przez dezamidację alaniny); 3) z tłuszczów (poprzez glicerynę). Z drugiej strony bierze on udział w syntezie węglowodanów, a może i w syntezie tłuszczów i białek (zobojętniony kwas mleczny + amoniak — alanina). Kwas mleczny jest przeto pomostem, który spaja węglowodany, białka i tłuszcze. Szemat następujący przedstawia to stanowisko kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji.



Stanowisko kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji.

Przy przemianie węglowodanów, jak wykazał Embden i jego szkoła, z pierwszych produktów rozpadu glikogenu przez przyłączenie kwasu fosforowego powstaje laktacidogen (kwas dwuheksozo-fosforowy), a z niego już bezpośrednio kwas mleczny. Meyerhof w swych badaniach nad wpływem pracy na przemianę węglowodanową w mięśniach również wykazał, że kwas mleczny powstaje z laktacidogenu. Nie ulega jednak wątpliwości, że z kwasu mlecznego w mięśniach i innych tkankach drogą syntezy może powstawać glikogen (Meyerhof). Przy prawidłowej przemianie materji wspomniane procesy rozkładu i syntezy przebiegają równolegle, równoważąc się nawzajem, na co już dawno zwrócił uwagę Parnas. Prace Embdena i Isaac'a oraz Franka i Isaac'a wykazały, że wątroba zwierząt, zatrutych fosforem, florydzyną, lub pozbawionych trzustki, ma obniżoną zdolność wytwarzania kwasu mlecznego, a jednocześnie traci glikogen. Badania te nad cukrzycą doświadczalną u zwierząt rzucają pewne światło na istotę zaburzeń w przemianie węglowodanowej u chorych na cukrzycę. U tych ostatnich równowaga między procesami rozkładu i syntezy ulega zachwianiu, a jak zobaczymy poniżej, synteza glikogenu z kwasu mlecznego w wątrobie cukrzycej prawdopodobnie zostaje uszczuplona. Badania z insuliną pozwalają głębiej wniknąć w istotę tych zaburzeń. Po zastrzyknięciu insuliny zawartość glikogenu w wątrobie, zarówno przy prawidłowej przemianie materji, jak i u chorych na cukrzycę, wybitnie się zwiększa. Nasuwa się więc pytanie, jak pod wpływem insuliny zachowuje się przemiana kwasu mlecznego?

Collazo, Händel i Rubino stwierdzili, że mięśnie zwierząt, karmionych cukrem, zdolne są in vitro po dodaniu insuliny zwiększyć wytwórczość kwasu mlecznego, oraz sprowadzić wzmożony rozpad laktacidogenu. Briggs, Köching, Doisy i Weber spostrzegli, iż u psów naczczo po insulinie zawartość kwasu mlecznego we krwi podnosi się. Isaac i Adler po podaniu dwuoksyacetonu stwierdzili u ludzi zwiększenie się kwasu mlecznego we krwi, które jeszcze bardziej się potęgowało przy jednoczesnem zastrzyknięciu insuliny: natomiast po podaniu cukru gronowego zawartość kwasu mlecznego we krwi pozostawała bez zmiany, lub nieznacznie się powiększała.

II.

W swoich badaniach usiłowaliśmy wyjaśnić wpływ insuliny na kwas mleczny we krwi chorych na cukrzycę. Przytem posługiwaliśmy się skombinowaną metodą Collazo i Supniewskiego. Metodę tę wybraliśmy dlatego, że pozwala ona określać cukier i kwas mleczny jednocześnie w tym samym przesączu krwi. Nie wymaga ona żmudnego ekstrahowania kwasu mlecznego zapomocą eteru, lub wyskoku i daje dokładniejsze wyniki, niż metody wyciągowe. Rozpada się ona na 4 etapy: 1) odbiałczenie według Folina-Wu; 2) określenie cukru według Macleana; 3) usunięcie glikozy i wogóle ciał redukujących metodą Salkowskiego, zmodyfikowaną przez Hirsch-Kaufmanna (w pracowni Embdena); 4) określenie kwasu mlecznego według Fürth'a i Charnas'a. W ogólnych zarysach metoda Collazo i Supniewskiego przedstawia się w sposób następujący: Krew, pobraną z żyły do szczawianu sodu lub potasu, zadajemy kwasem siarkowym i odbiałczamy wolframianem sodu. Część przesączu badamy na cukier według Macleana, z reszty przesączu usuwamy ciała redukujące siarczanem miedzi i mlekiem wapiennem. Po powtórnem przesączeniu zawarty w przesączu kwas mleczny utleniamy w kwaśnej reakcji nadmanganianem potasu na aldehyd octowy. Ten ostatni destylujemy do rozczynu dwusiarczynu potasu, którego nadmiar odmiareczkowujemy 1/100 n. roztworem jodu.

III.

Przechodzimy do opisu naszych badań. Określaliśmy zawartość cukru i kwasu mlecznego we krwi chorych na cukrzycę 1) naczczo, 2) po podaniu cukru trzcinowego per os, 3) po podaniu cukru trzcinowego per os i równoczesnem zastrzyknięciu podskórnem insnliny, oraz 4) po zastrzyknięciu podskórnem insuliny. Analogiczne doświadczenia zostały przeprowadzone u ludzi zdrowych, oraz chorych bezcukrzycowych. Krew w ilości 6 cm³ braliśmy z żyły pośrodkowej i natychmiast poddawaliśmy ją badaniu metodą wyżej opisaną. Chorzy przed pobraniem krwi pozostawali w łóżku w zupełnym spokoju. Dawki insuliny, ilość podanego cukru trzcinowego, czas powtórnego badania krwi, oraz otrzymane wartości cukru i kwasu mlecznego zostały dokładnie podane w poniższych tablicach.

Wyniki, przez nas otrzymane, są następujące: (Zawartość cukru i kwasu mlecznego oznaczone zostały w miligramach na 100 cm³ krwi całkowitej).

U osobników z prawidłową przemianą materji, badanych naczczo, wartości kwasu mlecznego wahają się od 10·0 do 19·2, średnio 14·2. (Tablica 1.).

Wyniki te mniej więcej zgadzają się z podobnemi wynikami, otrzymanemi przez innych autorów innemi metodami. Ilustruje to porównacza tablica II.

Systematycznych badań nad zachowaniem się kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych w piśmiennictwie nie zna-

TABLICA I.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych naczczo

Nr.	Rozpoznanie	Cukier	Kwas mleczny
1	Zdrów	120	11·7
2	»	105	15·4
3	Angina strept.	120	10·7
4	Zdrów	97	11·3
5	Post infuenzam	86	10·0
6	Zdrów	92	14·1
7	Nephritis	94	16·9
8	Pleuritis	95	16·9
9	Emphysema pulm.	120	15·8
10	Tubercul. pulm.	75	16·9
11	Emhysema pulm.	115	19·2
12	Epilepsia	75	12·6
	Przeciętnie	99·5	14·2

TABLICA II.

Autor	Średnia zawartość kwasu ml. we krwi w mgr. — %
Berlinblau	8
Ryffel	15
Fries	9—63
Barcroft	12—19
Clausen	15—32
Barr i Green	14—25
Log	10—15
Badania własne	14,2

TABLICA III.
Cukier i kwas mleczny we krwi cukrzycowych naczczo.

Nr.	Cukier	Kwas mleczny
1	222	11·5
2	145	6·4
3	270	21·4
4	170	15·3
5	185	13·4
6	242	12·0
7	281	18·9
8	243	15·9
9	233	15·6
10	123	21·3
11	223	22·3
12	210	12·1
13	250	15·8
14	---	21·8
15	145	9·7
16	247	17·9
17	317	10·1
18	210	15·4
19	337	23·6
20	265	18·8
Przeciętnie	227	15·9

eźliśmy. W 20 badanych przez nas przypadkach cukrzycy o różnem nasileniu znaleźliśmy granice wahań kwasu mlecznego między 6·4 i 23·6, średnio 15·9 mgr — %. (Tablica III.).

Z porównania tablic I. i III. wynika, że u chorych cukrzycowych i u osobników z prawidłową przemianą materji naczczo, w rannych godzinach i w stanie spoczynku przeciętna zawartość kwasu mlecznego we krwi jest jednakowa. Stwierdzenie tego faktu jest rzeczą wielkiej wagi, albowiem kwas mleczny jest jedynym, dokładnie nam znanym przejściowym produktem przemiany węglowodanowej, stale we krwi znajdywanym. Jednakowa zawartość kwasu mlecznego we krwi osobników cukrzycowych i bezcukrzycowych tembardziej zastanawia, że zawartość cukru, jak widać z tablic I. i III., waha się w granicach bardzo znacznych. Hiperglikemja nie pociąga więc za sobą zmiany w zawartości kwasu mlecznego we krwi. Stąd wniosek że ilość kwasu mlecznego we krwi nie musi być ściśle zależna od ogólnej przemiany węglowodanów. Wynik ten zdaje się być sprzecznym ze stwierdzoną przez Embdena i Isaac'a zmniejszoną produkcją kwasu mlecznego w wątrobie zwierząt, pozbawionych trzustki. Ale, jak wyżej wspomniano, kwas mleczny powstawać może także z białek i tłuszczów. Skutkiem tego poziom kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych może nie ulegać zmianie. Za tem przemawia wytwarzanie kwasu mlecznego w mięśniach osobników cukrzycowych i bezcukrzycowych, które jest jednakowe; jedynie w śpiączce cukrzyczej produkcja kwasu mlecznego w mięśniach ulega zmniejszeniu (Fürth).

Nie znaczy to bynajmniej, że przemiana kwasu mlecznego w cukrzycy nie ulega zaburzeniom. Zaburzenia te jednak, zdaniem naszem, nie dotyczą wytwarzania kwasu mlecznego, które pozostaje na poziomie normalnym, lecz dalszych jego losów w ustroju. Wyniki powyższe przemawiają za pewną odrębnością przemiany kwasu mlecznego w ustroju. Tegoż dowodzą nasze doświadczenia nad wpływem różnych jadów i hormonów, które działają wybiórczo na przemianę kwasu mlecznego, wpływając natomiast nieznacznie na cukier we krwi. Kwestję powyższą omówimy obszerniej w innej pracy; narazie przytoczymy tylko niektóre wyniki.

1) U ludzi fenylohydrazyna zwiększa zawartość kwasu mlecznego, nie zmieniając zawartości cukru we krwi bezcukrzycowych. (Tablica IV.).

TABLICA IV.
Cukier i kwas mleczny we krwi ludzi po fenylohydrazynie.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny	
	przed	po	przed	po
1	—	100	—	38·5
2	102	105	15·3	77·0
3	87	110	16·6	50·8

2) Florydzyna zmniejsza kwas mleczny, nie sprowadzając istotnych zmian cukru we krwi. (Np. w jednem doświadczeniu na króliku zawartość kwasu mlecznego spadła w $1^1/_2$ godz. po wstrzyknięciu 10 mgr florydzyny z 67·0 na 18·0 mgr — %, podczas gdy glikemja pozostawała na niezmienionym prawie poziomie [127 i 124 mgr — %]).

3) Pituitryna jeszcze wybitniej zmniejsza kwas mleczny (u królików zawartość kwasu mlecznego zmalała: u jednego z 47·0 na 8·0, u drugiego z 29·0 na 2·0 mgr — %.) Cukier pozostawał bez zmiany.

4) W doświadczeniach z adrenaliną zauważyć się dała wybitna hiperglikemja (z 138 na 300 mgr — %), gdy zawartość kwasu mlecznego zwiększała się nieznacznie (z 24·0 na 28·0 mgr — %).

(Badania z pituitryną, florydzyną i adrenaliną dokonane zostały na królikach przez Collazo i Supniewskiego w Państwowym Zakładzie Badania Surowic w Warszawie. Zostaną one opublikowane w innem miejscu).

IV.

Druga grupa naszych badań obejmuje przypadki z podawaniem cukru trzcinowego per os, przyczem kwas mleczny i cukier określane były w każdem doświadczeniu raz bezpośrednio przed podaniem cukru, drugi raz w różnych odstępach czasu po podaniu cukru. (Talica V. i VI.).

Z tablic tych wynika, że u bezcukrzycowych zawartość kwasu mlecznego przy hiperglikemji pokarmowej pozostaje w ciągu pierwszych 45 minut po podaniu cukru bez zmiany,

TABLICA V.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych po podaniu cukru.

Nr.	Cukier przed	Cukier po	Kwas mleczny przed	Kwas mleczny po	Ilość podanego cukru w gramach	Czas po podaniu cukru	Rozpoznanie
1	100	183	39·5	33·1	100	45 minut	Stenosis pylori
2	125	192	30·8	29·1	100	45 »	Gonitis
3	86	125	10·0	7·8	100	45 »	Post influenzam
4	90	110	17·8	11·7	100	45 »	Ulcus ventriculi
5	120	102	11·7	29·6	100	1 godz.	Zdrów
6	97	75	20·1	43·3	100	1 » 15 m.	Psychosis
7	120	79	15·8	25·1	100	1 » 15 m.	Emphysema pulmonum

TABLICA VI.
Cukier i kwas mleczny we kwi cukrzycowych po podaniu cukru.

Nr.	Cukier przed	Cukier po	Kwas mleczny przed	Kwas mleczny po	Ilość podanego cukru (w gramach)	Czas po podaniu cukru
1	185	268	13·4	75·8	40	1 godz.
2	265	345	18·8	70·3	30	1
3	242	350	12·0	54·8	30	2

lub nieznacznie się obniża. Cukier zaś we krwi się zwiększa (Tablica V., 1, 2, 3, 4). Po upływie 45 minut, t. j. w chwili, gdy cukier zaczyna opadać, kwas mleczny podnosi się w bardzo znacznym stopniu (do 100% i więcej). (Tablica V. NN. 5, 6, 7). Wyniki te są dowodem, że po podaniu cukru trzcinowego wahania glikozy i kwasu mlecznego we krwi nie przebiegają równolegle. U cukrzycowych (Tablica VI.) rzeczy mają się inaczej: po podaniu cukru kwas mleczny podnosi się w ciągu pierwszej godziny bardzo znacznie (do 400% i więcej); jednocześnie zawartość cukru we krwi wybitnie wzrasta. Jak uzgodnić otrzymane przez nas w cukrzycy wyniki z doświadczeniami Embdena i Isaac'a, którzy wykazali, iż produkcja kwasu mlecznego w wątrobie zwierząt beztrzustkowych zostaje upośledzona? Musimy powiedzieć, iż albo kwas mleczny powstaje nietylko w wątrobie, lecz i w innych narządach, albo u cukrzycowych czynność wątroby nie ulega tak znacznym zaburzeniom, jak u zwierząt, całkowicie pozbawionych trzustki.

Porównując wyniki, zestawione w tablicach V. i VI., stwierdzamy: u cukrzycowych i u bezcukrzycowych kwas mleczny po podaniu cukru naczczo zwiększa się. Są tu jednak zasadnicze różnice:

1) U bezcukrzycowych kwas mleczny zaczyna wzrastać dopiero po upływie 45—60 minut; w tym momencie u cukrzycowych kwas mleczny już osiąga swoje maximum. (Nieznaczne zmniejszenie zawartości kwasu mlecznego u bezcukrzycowych w ciągu pierwszej godziny może być spowodowane przyśpieszoną syntezą laktacidogenu).

2) U cukrzycowych kwas mleczny podnosi się znacznie wyżej, niż u bezcukrzycowych. Tego znacznego zwiększenia kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych nie należy, zdaniem naszem, uważać, jako wyrazu wzmożonej produkcji kwasu mlecznego; przyczyny tego szukać należy raczej w obniżonej zdolności syntetyzowania laktacidogenu i upośledzonej polimeryzacji jego do glikogenu. Należałoby tu myśleć również o uszczuplonem spalaniu kwasu mlecznego; jak to jednak wynika z badań Gottschalka i Neuberga, rozpad kwasu mlecznego w przemianie węglowodanowej jest zjawiskiem późniejszem; podczas gdy synteza laktacidogenu i polimeryzacja do glikogenu należą do odczynów wczesnych, które właśnie stanowiły przedmiot naszych badań.

V.

W trzeciej grupie naszych badań podawaliśmy chorym cukier i jednocześnie zastrzykiwaliśmy insulinę. (Tablica VII.).

TABLICA VII.
Cukier i kwas mleczny we krwi po insulinie i podaniu cukru.

Nr.	Cukier przed	Cukier po	Kwas mleczny przed	Kwas mleczny po	Ilość podanego cukru w gramach	Dawka insuliny (jedn.)	Czas	Rozpoznanie
1	75	167	19.5	36·3	100	15	30 min.	Post intoxic. acido acetico
2	295	390	21·4	66·7	30	40	1 godz. 30 min.	Diabetes mellitus

Zarówno u osobnika cukrzycowego, jak u bezcukrzycowego zawartość kwasu mlecznego we krwi w tych warunkach wybitnie się zwiększa. Nasze wyniki niezupełnie zgadzają się z wynikami Isaac'a i Adlera, którzy podając glikozę i insulinę, nie znaleźli widocznych zmian w zachowaniu się kwasu mlecznego. Obaj ci autorowie tłumaczą teorję Noordena o cukrzycy w ten sposób, że brak hormonu trzustkowego prowadzi z jednej strony do nadprodukcji cukru, z drugiej zaś do zmniejszonego wytwarzania pośrednich produktów przemiany węglowodanowej (kwas mleczny). Opierają się oni przytem na wynikach prac własnych i innych autorów, którzy stwierdzili po insulinie zwiększenie się kwasu mlecznego we krwi zwierząt (Briggs, Koeching, etc.) i szybki rozpad glikogenu w wątrobie (Dudley, Marrian, Staub i inni). W przeciwieństwie do tych autorów nasze badania i prace całego szeregu innych badaczy doprowadzają do wniosków przeciwnych. Bickel, i Collazo, Lesser, Bissinger i Zipf, Collazo, Händel i Rubino, Brugsch i współpracownicy, oraz C. F. Cori, G. T. Cori i Pucher stwierdzili, jako wyraz fizjologicznego działania insuliny, wzmożoną syntezę glikogenu w wątrobie. Co się tyczy kwasu mlecznego, to nasze liczne badania z ludźmi i zwierzętami wykazały po insulinie naczczo zmniejszenie kwasu mlecznego we krwi. Jedynie po jednoczesnem podaniu cukru i insuliny obraz się odwraca.

VI.

W czwartym szeregu naszych doświadczeń badaliśmy zachowanie się cukru i kwasu mleczngo we krwi cukrzyco-

TABLICA VIII.
Cukier i kwas mleczny we krwi cukrzycowych po insulinie.

Nr.	Cukier przed	Cukier po	Kwas mleczny przed	Kwas mleczny po	Dawka insuliny (w jednost.)	Czas po insulinie
1	243	175	15·9	12·8	25	1 godz.
2	145	83	9·7	9·5	15	2
3	281	—	18.9	34·0	30	2 »
4	233	156	15·6	13·8	15	2
5	223	125	22·8	21·6	20	2
6	287	267	17·9	15·7	10	2
7	110	90	21·3	11.0	8	2½
8	210	150	12·1	13·5	15	3
9	250	—	15·8	5·8	20	3
10	—	—	21·8	10·8	10	3
11	337	218	23·6	29·9	20	3
12	317	285	10·1	11·8	20	3

wych i bezcukrzycowych przed i po insulinie (Tablice VIII. i IX-ta).

U cukrzycowych (Tablica VIII,) znaleźliśmy w 7-miu przypadkach zmniejszenie kwasu mlecznego (do 63%). W 3-ch przypadkach kwas mleczny pozostał bez zmiany; w 2-ch zwiększył się (u jednej i tej samej chorej). We wszystkich 12-tu przypadkach cukier we krwi był zmniejszony.

U bezcukrzycowych otrzymaliśmy ten sam obraz. (Tablica IX.).

TABLICA IX.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych po insulinie.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Dawka insuliny (w jednost.)	Czas po insulinie	Rozpoznanie
	przed	po	przed	po			
1	95	85	29·6	19·7	8	2 godz.	Arthritis deformans.
2	100	75	19·3	15·5	10	3 »	Gonitis

Jak widać z tych tablic, wpływ insuliny na zawartość kwasu mlecznego we krwi, zarówno przy prawidłowej, jak naruszonej przemianie węglowodanowej, jest jednakowy; podobnież zachowuje się insulina w stosunku do cukru. Przemawia to za tem, że niema istotnej różnicy w przemianie węglowodanowej u cukrzycowych i bezcukrzycowych pod wpływem insuliny, jak chcą niektórzy autorowie. Wyniki naszych badań świadczą, że kwas mleczny zarówno u ludzi, jak u zwierząt, badanych naczczo po insulinie, nie posiada skłonności do wzrostu, jak utrzymują Isaac i Adler, oraz Briggs i inni. Twierdzenie tych autorów, że przy hipoglikemji po insulinie zmniejszeniu się cukru towarzyszy równowartościowe (ekwimolekularne) zwiększenie kwasu mlecznego, w naszych licznych badaniach z ludźmi i zwierzętami (22 króliki), potwierdzenia nie znalazło. Przeciwnie, nasze doświadczenia wykazały, że zawartość kwasu mlecznego we krwi po insulinie częściej maleje. Fakt ten nabiera dużego znaczenia w związku z wielokrotnie i ostatecznie stwierdzonem zmniejszeniem zawartości organicznie związanego fosforu we krwi po insulinie (Horrop i Benedict, Savino, etc. (Zwiększenie glikogenu w wątrobie i laktacidogenu w mięśniach po insulinie staje się jasnem; sądzić należy, iż odbywa się ono kosztem kwasu mlecznego i organicznie związanego fosforu, których ilość we krwi maleje.

* * *

Jeżeli zestawimy wyniki dotychczasowych badań nad mechanizmem działania insuliny, to należałoby uznać, że insulina, przynajmniej w pierwszym okresie swego działania, poprzedzającym okres wzmożonego spalania, wpływa również na polimeryzację glikozy, kwasu mlecznego, wzgl. aldehydu glicerynowego w kierunku syntezy laktacidogen-glikogen.

* * *

Całkowity wynik naszej pracy sprowadza się do wniosków następujących:

1) Naczczo u bezcukrzycowych i cukrzycowych przeciętna zawartość kwasu mlecznego we krwi jest w przybliżeniu jednakowa i wynosi u pierwszych 14·2, u drugich 15,9 mgr — %.

2) Wprowadzenie cukru trzcinowego per os wywołuje hyperacidlaktemję, zarówno u cukrzycowych, jak i bezcukrzycowych. U cukrzycowych jednak wzrost zawartości kwasu mlecznego jest znaczniejszy, niż u bezcukrzycowych. Hyperacidlaktemja u cukrzycowych występuje szybciej i trwa dłużej. U bezcukrzycowych hiperacidlaktemję poprzedza okres niezmienionego, lub nieco obniżonego poziomu kwasu mlecznego, trwający około 45 minut.

3) Podanie cukru trzcinowego przy jednoczesnem zastrzyknięciu insuliny wywołuje hiperacidlaktemję u cukrzycowych i bezcukrzycowych.

4) U ludzi i zwierząt naczczo insulina sama wywołuje częściej hipoacidlaktemję, nieraz jednak poziomu tego nie zmienia.

Piśmiennictwo.

1) Almagia i Embden: Hofm. Beitr. 7, 298, 1905. — 2) Barcroft: Phil. Trans. Roy. Soc., 206, 49. — 3) Barr i Green: Journ. of. biol. Chem. — 4) Berlinblau: Chemische Zentr. 7. 57, 1888. — 5) Bickel i Collazo: Ueber d. Mechanismus d. Insulinwirkung. D. med. Woch. 45. 1923. — 6) Bissinger, Lesser i Zipf: Kl. Woch. 49. 1923. — 7) Blatherwick, Bill i Hill: Journ. of biol. Chem. 59. XXXVI. 1924. — 8) Brigss, Koeching, Doisy i Weber: Journ. of biol. Chem. 58. 1924. — 9) Brugsch i współpracownicy: Biochem. Zeitschr. 147—150. 1924. — 10) Clausen: Journ. of biol. Chem. 52, 263. 1922. — 11) Collazo, Händel i Rubino: Experim. Beitr. zur Insulinfrage. II. D. med. Woch. 23. 1924. — 12) Id.: Ueber d. Wirkungsmechanismus d. Insulins. Kl. Woch. 8. 1924. — 13) Cori C. F.: Proc. of the Soc. Exper. Biol. and. Med. 21, 7, 417. 1924. — 14) C. F. Cori, G. T. Cori i G. W. Pucher: Jour. of pharm. and exper. therapeutic. 21, 377. 1923. — 15) Embden, Schmitz i Baldes: Biochem. Zeitschr. 45. 1912. — 16) Embden i Isaac: Z. f. physiol. Chem. 99. 1917. — 17) Embden i Salomon Hofm.: Beitr. 5, 507. 1904 i 6, 63, 1904. — 18) Embden i współpr.: Bioch. Zeitschr. 45. 1912. — 19) Frank i Isaac: Archiv. für exp. Path.&Pharm. 64, 293. 1911. — 20) Fries: Bioch. Zeitschr. 35. 1911. — 21) Horrop i Benedict: Proc. of the Soc. for. Exper. Biol. and Med. 20, 8. 1923.— 22) Isaac: Zeitschr. für. phys. Chem. 100. 1917. — 23) Dudley i Marrian: The bioch. Journ. 17, 435. 1923. — 24) Embden i Laquer: Z. für phys. Ch. 93. 1914. — 25) Geelmuyden: Klin. Woch. 2. 1923. — 26) Isaac i Adler: Kl. Woch. 27. 1924. — 27) Log: Journ. of. physiol. 58, 455. 1924. — 28) Jerusalem: Bioch. Z. 12. 1908. — 29) Meyerhof: Kl. Woch. 5. 1922. — 30) Von Noorden i Embden: Zentr. f. das ges. Phys.&Path. des Stoffw. 1. 1906. — 31) Perlyzweig, Latham i Keefer: Proc. of the Soc. for. Exper. Biol. and Med. 21, 33. 1923. — 32) Ryffel: Jour. of. Phys. 39. 1909. — 33) Savino: Comptes rend. de la Soc. de Biol. 91, 29. 1924. — 34) Schmitz: Bioch. Z. 45. 1912. — 35) Id.: Kl. Woch. 9. 1922. — 36) Parnas i Wagner: Bioch. Z. 61. 1914. — 37) Wigglesworth, Woodrow, Smith i Winter: Journ. of Physiol. 57, 447. 1923 — 38) Winter i Smith: Ib. 58, 327. 1924. — 39) Von Noorden i Isaac: Kl. Woch. 2. 1923.

Wykład kliniczny.

Prym. Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Krwawienia maciczne u kiłowych*).

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Tak odnośne piśmiennictwo, jakoteż i doświadczenie kliniczne poucza, że krwawienia z macicy zdarzające się u kobiet dotkniętych kiłą, nie należą do spraw zbyt często spostrzeganych. Nie mogę podać Panom procentowo, lub oznaczyć liczbowo, ile kobiet kiłowych cierpi na krwawienia maciczne na tle kiłowem, jak również nie jestem w stanie obliczyć, u ilu kobiet skarżących się wogóle na krwawienia z macicy, kiła jest ich bezpośrednią przyczyną. Sam za mało spostrzegałem odnośnych przypadków, a i w dotyczącem tych spraw piśmiennictwie, znalazłem zaledwie tu i ówdzie sporadycznie przytaczane kazuistyczne opisy, a nigdzie liczbowego zestawienia, któreby mi pozwoliło na wysnucie wniosków w tym kierunku. Jestto zresztą rzecz łatwa do wytłumaczenia rzadkością występowania omawianego powikłania.

Poruszając dzisiaj przed Panami sprawę krwawień z macicy u kiłowych, nie mam zupełnie zamiaru omawiać różnych postaci kiły z jakiemi się spotykamy w macicy. Zastanawiam się nad niemi tylko o tyle, o ile to jest niezbędnie koniecznem do wytłomaczenia zajmującego nas objawu chorobowego, i wspominam li tylko te, które w krwawieniach macicznych odgrywają pewną rolę, pomijając równocześnie wszystkie inne milczeniem.

Przechodząc do właściwej sprawy nadmieniam, że krwawienia z macicy u kiłowych, podzieliłem zresztą zupełnie dowolnie, na krwawienia mające swoje źródło w zmianach kiłowych, spotykanych na części pochwowej, oraz szyji, i krwawienia, których przyczyny szukać należy w schorzeniu kiło-

*) Wykład wygłoszony na Zjeździe dermatologów w Krakowie w r. 1924.

wem trzonu macicy. Podział ten uzasadnia odmienne zachowanie się tych dwóch części macicy, odcinka biernego i czynnego już nawet wśród warunków i czynności fizjologicznych.

Krwawienia powstające skutkiem zmian kiłowych, usadowionych na części pochwowej i szyji macicy, omawiam bardzo krótko Nie mają one bowiem, zdaniem mojem, większego znaczenia teoretycznego, a niewielkie praktyczne. Punktem wyjścia dla nich stać się mogą sprawy chorobowe kiły trzeciorzędnej, takie jak kilaki, a raczej wrzody kiłowe, znajdujące się na dolnym odcinku macicy. Wspomniane postacie chorobowe mogą się rozkrwawić i stać się nawet źródłem znacznych krwotoków (Spinelli i Mandlener) niezależnie od okresu miesiączkowego u kobiety i to najczęściej pod wpływem urazu n. p. badania lub *coitus*. Są to więc, jak z tego widać, krwawienia raczej przygodne.

O wiele większe zainteresowanie i zaciekawienie budzą krwawienia, mające swoją przyczynę w zmianach wywołanych kiłą w trzonie macicy, do których omówienia z koleji rzeczy teraz przystępuję. Wchodzą tu w grę sprawy dwojakiego rodzaju.

Jako pierwsze wymieniam kilaki trzonu macicy. Schorzenia niezmiernie rzadkie, a cechnujące się powiększeniem całej, lub części macicy, upławami brudno-śluzowo-ropnemi i częstokroć także mniejszemi lub większemi krwawieniami, powstającemi od czasu do czasu nieregularnie, samoistnie, lub pod wpływem urazu. Kilaki w trzonie macicy tworzą albo guzy ograniczone (Morgan, Leber) w ścianie i mogą być wówczas mylnie rozpoznane jako włókniaki, lub też występują w postaci rozlanego owrzodzenia całej, lub części powierzchni wnętrza trzonu, sięgając rozmaicie głęboko w mięśniówkę macicy (Hoffmann). W tym przypadku mogą powodować mylne rozpoznanie raka trzonu.

Na drugiem miejscu stawiam sprawy, na które zwrócili pierwsi uwagę Dalsch i Morasini. Autorowie ci stwierdzili mianowicie, że już we wczesnych nawet okresach kiły mogą się pojawiać samoistne krwawienia z macicy. Krwawienia te zachowują początkowo zazwyczaj typ miesiączkowy, później go jednak, w miarę trwania choroby zatracają. Nie jest to wszakże regułą, bo mogą one tak samo dobrze od pierwszej chwili przebiegać jako krwawienia nieregularne, bez określonego charakteru. Stopień ich i czas trwania jest także indywidualny. W ciężkich przypadkach, krwawienia te mogą trwać bezustannie, zaledwo z kilkudniowemi przerwami, doprowadzając do bardzo znacznej niedokrewności. Nadmienić dalej należy, że częściej spotykamy się z nimi w późniejszych okresach kiły, niż we wcześniejszych. Dlatego też opisywano je przeważnie w kile trzeciorzędnej. Lecz i w kile drugorzędnej przytrafić się mogą (Garofalo, Dreyer i Muratow). Zdarzają się one także w kile wrodzonej (Morisani, Muratow) u młodych dziewcząt, a nawet u noworodków (Szukowski). Niektórzy twierdzą, że krwawienia te mogą rozwijać się w łączności z ostatnim porodem, lub poronieniem (Garofalo, Muratow). Wreszcie są spostrzeżenia przemawiające za tem, że krwotoki u niektórych kobiet, występujące stale po porodach i poronieniach, są powodowane zmianami kiłowemi w macicy (Bradleys, Sagnet, Trepaut. Bezwzględnie wszystkie te rodzaje krwawień, cechują się tu nadzwyczajną uporczywością i odpornością, na działanie środków leczniczych, stosowanych zazwyczaj przeciw krwawieniom z macicy. Tak samo prawie bez wpływu na nie pozostaje wyskrobanie błony śluzowej trzonu (Spinelli, Jaworski, Muratow). Ustępują dopiero pod wpływem leczenia przeciwkiłowego.

Dwa takie właśnie przypadki miałem sposobność spostrzegać w ostatnich czasach. Pierwszy z nich u mnie na oddziale położniczym i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, drugi w mojej praktyce prywatnej. Ten drugi tem ciekawszy, bo dotyczył kiły wrodzonej, jak to panowie sami będziecie mogli wywnioskować.

Krótki opis tych przypadków poniżej przytoczę.

Przypadek I. L. p. 25/924. S. F. 20-letnia. Nie rodziła, nie roniła. Podaje w wywiadach, że zaraziła się kiłą, przed trzema laty. Leczyła się, lecz leczenie przerwała i niedokończyła. Od roku, mniej więcej zmienił się u niej typ miesiączek. Krwawienia, które trwały do czterech dni i były średnio obfite stawały się z biegiem czasu powoli coraz dłuższe i obfitsze. Wreszcie od pół roku mniej więcej, typ czterotygodniowy miesiączki zatracił się zupełnie, i krwawi od siedmiu tygodni prawie bez przerwy.

Leczona była przetworami sporyszu, wstrzykiwaniami wyciągu przysadki mózgowej i mleka, bez wyniku. Dwa razy skrobano, także bezskutecznie.

Badanie wykazało macicę prawidłowej wielkości dość twardą, pozatem żadnych zmian w narządach rodnych. Odczyn Wassermanna silnie dodatni.

Wyskrobano wnętrze macicy, usuwając zaledwo nieznaczne drobne strzępeczki błony śluzowej. Materjału do badania histologicznego było tak znikomo mało, że nic na podstawie niego, nie można było orzec. Skrobanka pozostała bez wpływu na nasilenie krwawienia. Chorą wypuszczono do domu z tem, by poddała się leczeniu przeciwkiłowemu. Zgłosiła się w trzy miesiące podając, że po sześciu wstrzykiwaniach salwarsanu i jednej serji wcierań, krwawienia uregulowały się i znowu miewa miesiączki prawie prawidłowe.

Przypadek II. R. M. 17-letnia zgłosiła się do mnie dnia 15. X. 1923 r. Nie rodziła, nie roniła. Podaje w wywiadach, że ojciec umarł na porażenie postępujące, a ona sama urodziła się trzy tygodnie za wcześnie. Pierwsza miesiączka w piętnastym roku życia; od tego czasu nieregularnie, co kilkanaście dni dostaje większych, lub mniejszych krwotoków, trwających rozmaicie długo. Leczyła się na prowincji u lekarzy zwykłemi środkami działającemi na krwotoki maciczne, ale jak dotąd bezskutecznie.

Badaniem przez odbytnicę (błona dziewicza utrzymana) nie stwierdziłem żadnych zmian w narządach rodnych. Odczyn Wassermanna dodatni, żadnych znaków kiły wrodzonej niema.

Opierając się na powyższych danych, rozpoznałem u niej krwawienie na tle kiłowem. Przepisałem leczenie przeciwkiłowe. Leczyła się u jednego z Kolegów w Lublinie wstrzykiwaniami rtęci. Jak mnie informowała listownie, już w dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, krwawienia się unormowały. Miesiączki przychodziły co 26 dni i trwały przez 5 dni. Stan taki trwa do dziś dnia.

W obu przytoczonych powyżej przypadkach, uderza nas pewne podobieństwo w przebiegu choroby. Rzuca się w oczy bezskuteczność środków leczniczych wszystkich, poza środkami przeciwkiłowemi. Wynik leczenia potwierdza w zupełności rozpoznanie i nic nie pozostawia do życzenia. W drugim przypadku zasługuje na uwagę pozatem ten szczegół, że mieliśmy tu do czynienia z kiłą wrodzoną, a nie nabytą. Okoliczność stosunkowo bardzo rzadka, lecz zwracają już na nią uwagę w swoich pracach Dalsche, Morisani, Muratów i Szukowski.

Czemże sobie tłumaczyć i gdzie szukać przyczyn tych krwawień. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że powoduje je kiła jako taka. Na to zgadzają się wszyscy badacze, zajmujący się tą sprawą (Dalsche, Morisani, Muratow, Jaworski, Steinberg i inni), za tem przemawia skuteczność leczenia przeciwkiłowego, za tem wreszcie badania histologiczne macic, uzyskanych z tych przypadków.

Macice takie, jak to słusznie twierdzi Jaworski, są bardzo często powiększone i wybitnie stwardniałe. Stwardnienie to może zajmować całą macicę, lub też tylko jej większy, lub mniejszy odcinek. Bardzo często umiejscawia się ono w dolnej części macicy, niekiedy przechodząc na tkankę łączną przymaciczną. W naszym pierwszym przypadku stwierdziliśmy to stwardnienie, w drugim zaś nie. Nie jest to więc, jak już choćby z tego widzimy, objaw stały i charakterystyczny; często wcale go nie spotykamy. Nie możemy więc, jak to niektórzy z autorów twierdzą, przypisywać mu większego znaczenia rozpoznawczego, ani też nie możemy w objawie tym, dopatrywać się głównej przyczyny krwawień. Chociaż nie można również z drugiej strony, nie zgodzić się z tem, że upośledzona, skutkiem stwardnienia macicy, kurczliwość jej ściany, względnie jej mięśnia, może wpływać korzystnie na nasilenie fizjologicznych krwawień. Zrozumiemy to łatwo, jeśli sobie uprzytomnimy, że światło naczyń krwionośnych, biegnących pomiędzy pojedynczemi beleczkami mięśnia macicznego, może być zamknięte skutkiem skurczów mięśnia. Stwardnienie zaś ściany macicy upośledza, nie ulega najmniejszej wątpliwości, należyte kurczenie się mięśnia i może powodować przedłużenie fizjologicznych krwawień, uniemożliwiając rychłe zamknięcie się światła naczyń.

Głównej jednak przyczyny tego rodzaju krwawień z macicy u kiłowych, szukać należy gdzieindziej, a mianowi-

cie w zmianach powstałych pod wpływem kiły, w samychże naczyniach krwionośnych, biegnących tak w mięśniu, jakoteż i w śluzówce macicy. Zmiany te znajdowano przy badaniu histologicznem macic takich, nzyskanych jużto przy pomocy zabiegu, już to na sekcji. W początkowych okresach schorzeń ograniczały się one tylko do ścian naczyń tętniczych i cechowały się bujaniem warstwy wewnętrznej ściany naczynia, z równoczesnem powstawaniem nacieków drobno-komórkowych w ich warstwie zewnętrznej. W późniejszych okresach, stwierdzano także zmiany w warstwie środkowej ścian naczyń, oraz w tkance otaczającej naczynia tętnicze. Zmiany te, okazały się typowemi zupełnie zmianami, kiłowego zapalenia tętniczek i tkanki łącznej około-tętniczej, (Morisani, Recasens). One to doprowadzają do nadmiernej kruchości naczyń i do niemożności samoistnego ich zamknięcia się skutkiem zwyrodnienia, ich tkanki sprężystej. W następstwie tego przychodzi do pękania naczyń i do krwotoków. Rzecz jasna, że każde przekrwienie w narządach rodnych, powiększa prawdopodobieństwo uszkodzeń ścian naczyniowych, w skutek zwiększonego ciśnienia w nich i dlatego też mamy zazwyczaj w pierwszym rzędzie do czynienia ze zwiększonemi krwawieniami miesięcznemi, a dopiero w miarę wzmożenia się zmian w ścianach tętnic, te zbyt długie miesiączki zmieniają się na zupełnie nietypowe krwawienia.

Co się tyczy rozpoznania klinicznego omawianej ostatnio sprawy, to nadmienię, na co sądzę, wszyscy panowie ze mną się zgodzą, że nie należy ono zupełnie do łatwych zadań. Najrozmaitsze i wielorakie przyczyny krwawień macicznych, musi się naprzód wykluczyć, nim się rozpozna ową »*metropathia luctica*«; tę bowiem nazwę uważam za najodpowiedniejszą dla tej postaci chorobowej. Wywiady stwierdzające przebyłą, lub wrodzoną kiłę, w wywiadach stwierdzone poronienia, nieczasowe i przedwczesne porody, odczyn Wassermanna dodatni, stwierdzenie innych objawów kiły, ułatwiają w wysokim stopniu rozpoznanie. Utrudniają je zaś, brak zmian anatomicznych przy badaniu oburęcznem, lub co najwyżej obecność objawów przewlekłego zapalenia mięśniówki i śluzówki macicy. Zawodzi niejednokrotnie i badanie histologiczne wyskrobanej błony śluzowej, bo bardzo skąpa, prawie znikoma ilość materjału, uzyskana najczęściej w tych przypadkach, nie zawsze pozwala na postawienie rozpoznania. Z tego względu, o ile w przypadkach nie ulegających wątpliwości, lub tych, w których obecność kiły stwierdzono, uważam stosowanie leczenia przeciwkiłowego natychmiast za bezwzględnie wskazane, o tyle w przypadkach wątpliwych, tam gdzie kiły stwierdzić nie możemy, radzę w pierwszym rzędzie myśleć raczej o innej przyczynie krwawień i leczyć chorą w zwykły sposób, środkami farmaceutycznemi, stosowanemi ogólnie przy krwawieniach z macicy, nawet skrobanką, o ile niema przeciwskazania do niej, a w razie dopiero bezskuteczności tych sposobów postępowania, polecić na wszelki przypadek, zanim przystąpimy do bardziej radykalnych metod, leczenie przeciwkiłowe.

Uzasadniam to moje stanowisko, rzadkością występowania krwawień macicznych, natury kiłowej; w stosunku do częstości krwawień z macicy, wywołanych innemi sprawami. Sądzę, że postępując w ten sposób i pamiętając o omawianem schorzeniu, zaoszczędzimy całemu szeregowi kobiet, niepotrzebnego wyjęcia macicy, lub przedwczesnego wytrzebienia i zaniku narządów rodnych, w skutek zbędnego leczenia promieniami Roentgena.

Z praktyki.

Dr. Tadeusz PAWLAS. Kraków.

W sprawie leczenia rzeżączki reargonem.

Z Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych U. J., Dyrektor: Prof. J. Lenartowicz

i z Oddziału dla Chorób Skórnych i Wener. szpit. św. Łazarza Prymarjusz: Doc. F. Walter.

Z początkiem roku bieżącego E. Klausner i W. Wiechowski wprowadzili w lecznictwo rzeżączki nowowynaleziony przez siebie środek t. zw. »Reargon«. Jest to połączenie glikozydów roślinnych z solami srebrowemi, przyczem w środku tym zawarta jest rzekomo 10-krotnie większa ilość srebra niż w innych dotychczas używanych połączeniach srebrowych (*Albargina, choleval, protargol i t. d.*).

W Nr. 1. Dermatologische Wochenschrift z roku 1924. Klausner i Wiechowski 1) opisują, w jaki sposób doszli do wytworzenia reargonu, pouczają o sposobie stosowania go i podają dotychczasowe zadziwiające wprost wyniki lecznicze uzyskane w leczeniu rzeżączki u mężczyzn, we wszystkich tych przypadkach, w których zakażenie wystąpiło, przed 3. a najwyżej 5. dniami, a w których mimo mikroskopowego stwierdzenia dwoinek wiewiórowych w wydzielinie, nie było jeszcze silniejszych objawów zapalnych ze strony błony śluzowej cewki, a pierwsza część moczu była jeszcze prawie czysta lub bardzo lekko zmącona. Były to zatem przypadki nadające się szczególniej do leczenia poronnego. W przypadkach tych przy stosowaniu 10-minutowych wstrzykiwań reargonu w odstępach 1-no godzinnych znikały dwoinki wiewiórowe z obrazu mikroskopowego już po 3 lub 4 wstrzykiwaniach. Chorzy wstrzykiwali reargon jeszcze dwa dni po 4-ry razy dziennie przy ciągłej kontroli mikroskopowej wydzieliny z cewki. O ile w drugim i trzecim dniu leczenia dwoinek mikroskopowo nie znaleziono, leczenie uważano za skończone. W ten sposób udało się Klausnerowi i Wiechowskiemu wyleczyć rzeżączkę, według ich twierdzenia, w licznych przypadkach w przeciągu 2 do 3 dni, a w jednym przypadku nawet w 12-stu godzinach.

Świetne wyniki uzyskali również wymienieni autorzy w leczeniu reargonem ostrej i chronicznej rzeżączki przedniej części cewki. Zalecają oni w tych przypadkach wstrzykiwania reargonu 4 do 5 razy dziennie po 10 minut trwające, polecając choremu, aby jak najdłużej po wstrzykiwaniu nie oddawał moczu, przez co płyn wstrzykiwany zostaje długo w zetknięciu z błoną śluzową cewki. Przy tego rodzaju postępowaniu uzyskiwali Klausner i Wiechowski wyleczenie ostrej, podostrej czy chronicznej rzeżączki w przeciągu 8 do 14 dni.

Nadzwyczaj korzystne, ciekawe, przytem bardzo zastanawiające wyniki mieli ci autorzy w ostrej i chronicznej rzeżączce tylnej części cewki moczowej. W przypadkach tych polecali chorym wstrzykiwać 5% reargon, tak jak przy leczeniu przedniej części cewki — i mimo, że nie stosowali żadnego innego leczenia, nie podawali żadnych środków balsamicznych, proszków czy choćby ziółek moczopędnych, uzyskiwali samoistne ustąpienie objawów rzeżączkowych z tylnej części cewki we wszystkich tak leczonych przypadkach. Oznaczałoby to niesłychane skrócenie czasu trwania choroby w przypadkach, w których proces rzeżączkowy zaatakował już tylną część cewki moczowej, i uczyniłoby zbytecznem używanie wszelkich zabiegów instrumentalnych.

Nic dziwnego, że wieści o tym »cudowym« środku przedostały się rychło do prasy codziennej (praskiej i wiedeńskiej), a autor jednego z artykułów w entuzjazmie idzie tak daleko, że prorokuje, iż przez wprowadzenie tego środka rzeżączka będzie mogła zniknąć zupełnie z pośród cywilizowanego świata (»*...der Gonorrhoe im Umkreise der ziwilisierten Welt der Garaus gemacht werden könne*«).

W ślad za pierwszą pracą Klausnera i Wiechowskiego ukazała się w kilka miesięcy później również w »Derm. Wochenschrift« (Nr.14.), druga z kolei praca Klausnera (2), potwierdzająca w pełni znakomite działanie reargonu, stosowanego w zakresie jeszcze znacznie szerszym i zalecająca jeszcze goręcej stosowanie tego niezwykłego środka.

Wyniki Klausnera potwierdził rychło M. Joseph (3), ogłaszając w »Deutsche Med. Woch.« (Nr. 11.) znakomite wprost działanie reargonu w leczonych przez niego przypadkach. Osiągał on tak przy poronnem leczeniu rzeżączki jak i w sprawach dłużej trwających wyniki znakomite, nie ustępujące w niczem wynikom opisywanym przez Klausnera. Chorych zgłaszających się nie później jak w 3 dni po zakażeniu, leczył poronnie w ten sposób, że polecał im wstrzykiwać 5% reargon co godzina lub co $1\frac{1}{2}$ godziny i płyn wstrzyknięty zatrzymywać po 10 minut. Chorzy ci wstrzykiwali w 1 i 2 dniu nawet w nocy. Zupełne, szybkie wyleczenie uzyskał M. Joseph we wszystkich swoich przypadkach. Bardzo dobre wyniki przy stosowaniu reargonu w przypadkach nadających się do leczenia poronnego uzyskał, również H. Popper (4). Haas i Zimmern (5) podają (50 leczonych przypadków), że dobre wyniki poronnego leczenia reargonem są procentowo znacznie wyższe niż po wszelkich innych używanych dotychczas środkach i metodach leczniczych. Leczenie niepowikłanej rzeżączki trwało w ich przypadkach nieco dłużej niż u Klausnera (z reguły więcej jak 12 dni),

w każdym jednakowoż razie krócej, niż przy stosowaniu innych preparatów srebrowych. Natomiast przy leczeniu rzeżączki tylnej części cewki nie widzieli dobrych skutków w takim zakresie, jak Klausner. Pozatem w czasie leczenia rzeżączki przedniej części cewki spostrzegali często przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki. Nadto w 2 przypadkach wystąpiło zapalenie najądrza, a w 4 przypadkach zapalenie stercza. W zastarzałych przypadkach leczonych długo innemi środkami osięgali dobre wyniki, stosując obok mięsienia na zgłębniku i rozszerzenia cewki także wstrzykiwania reargonu.

Freund (6) widzi w reargonie bardzo pożądane wzbogacenie zapasu naszych dotychczasowych licznych, ale przecie niewystarczających środków przeciw-rzeżączkowych — nie jest jednakże tym środkiem zachwycony. Spostrzegał on wprawdzie w wielu przypadkach dobre wyniki, jakoteż zupełny brak podrażnienia ze strony błony śluzowej cewki, (przytacza między innemi przypadek, gdzie jeden z chorych wstrzykiwał reargon w zwykłem 5% stężeniu 15 razy w przeciągu 24-ch godzin, nie wywołując podrażnienia cewki), zwraca jednakże równocześnie uwagę na to, że spostrzegał także cały szereg przypadków, w których nie tylko wystąpiło podrażnienie błony śluzowej cewki,ale doszło również następowo i do pojawienia się powikłań. W jednym przypadku wystąpiło zapalenie najądrza, w drugim silny obrzęk napletka, w innym naciek okołocewkowy i powiększenie gruczołów pachwinowych — w kilku dalszych przypadkach sprawa przeniosła się na tylną część cewki.

Zachęcony wynikami jakie osiągnęli Klausner, a później Joseph rozpocząłem leczenie rzeżączki reargonem w dosyć szerokim zakresie, stosując go w Klinice dermatologicznej U. J., na Oddziale wenerycznym Szpitala św. Łazarza, a częściowo i w praktyce prywatnej w 39 przypadkach, wyłącznie u mężczyzn. Między leczonemi przypadkami znajdowało się 5 przypadków rzeżączki wczesnej, nadającej się do leczenia poronnego, 17 przypadków rzeżączki ostrej przedniej części cewki, 6 przypadków rzeżączki podostrej i chronicznej przedniej części cewki i 11 przypadków rzeżączki ostrej i podostrej przedniej i tylnej części cewki moczowej. Przy stosowaniu reargonu trzymałem się, o ile możności, wskazówek podanych przez Klausnera i Wiechowskiego. We wczesnych przypadkach, nadających się do leczenia poronnego polecałem wstrzykiwać co godzinę, tak długo jak to wogóle było możliwe. We wszystkich innych przypadkach wstrzykiwali chorzy 5 razy dziennie. Płyn wstrzyknięty zatrzymywał chory 10 minut. Po wstrzykiwaniu chorzy nie oddawali czas dłuższy moczu, aby jak najdłużej reargon działał na błonę śluzową cewki. Roztwory reargonu przyrządzałem chorym w przeważnej ilości przypadków, przedewszystkiem we wszystkich przypadkach leczonych w klinice i w szpitalu, sam osobiście, aby się przekonać, czy przetwór był dobrze rozpuszczony i czy nie było jakichkolwiek ziarenek lub grudek, które mogłyby spowodować drażnienie błony śluzowej cewki. Również pokazywałem chorym w jaki sposób mają wstrzykiwać i pilnowałem wszystkich pierwszych wstrzykiwań dotąd, aż się przekonałem, że chorzy wykonują zabieg ten pod względem technicznym bez zarzutu. Wszystkie dalsze wstrzykiwania odbywały się pod ścisłą kontrolą pielęgniarzy szpitalnych. Roztwory przygotowywano stale świeżo, tak, że chorzy wstrzykiwali zawsze roztwór przygotowany co najwyżej przed 24 godzinami. Mimo to wszystko wyniki nie mogły ani w przybliżeniu dorównać wynikom osiągniętym przez Klausnera, a potwierdzonym przez próby Josepha.

Najlepsze stosunkowo wyniki osiągnąłem w przypadkach nadających się do leczenia poronnego.

W jednym z tych przypadków uzyskałem zupełne wyleczenie po dwóch dniach, w drugim po 6 dniach stosowania reargonu. Oba te przypadki dotyczyły słuchaczów medycyny, przyczem w pierwszym przypadku chory wstrzykiwał reargon w pierwszym dniu tylko 5 razy, a w drugim 3 razy zatrzymując każdorazowo lek w cewce po 10 minut. Chory ten w tym samym dniu, w którym zgłosił się do leczenia, wyjechał do małego miasteczka na prowincję, skąd miał po czterech dniach powrócić i zgłosić się do kontroli, ewentualnie do dalszego leczenia. Przyrządziłem mu 100 cm³ 5% reargonu, pouczyłem go, jak ma sam roztwory sporządzać i zapisałem mu 3 dalsze flaszeczki na drogę. Miało mu to wystarczyć aż do powrotu. Chory w pośpiechu zostawił kupione flaszeczki w domu, a zabrał ze sobą jedynie gotowy, przyrządzony przezemnie roztwór, który mu wystarczył jedynie na 7 wstrzykiwań wykonanych, jak wyżej wspomniałem, w przeciągu 2 dni, poczem wobec braku apteki w danej miejscowości, nie wstrzykiwał już ani reargonu ani też żadnego innego środka przeciw-rzeżączkowego. Po 4-ch dniach przymusowej przerwy we wstrzykiwaniach, chory ów zgłosił się ponownie. Nie znalazłem u niego wówczas i w dniach następnych ani śladu wycieku. Mocze były w obu częściach czyste, zupełnie przeźroczyste. Wykonana prowokacja i parokrotne późniejsze badania kontrolne wykazały w przypadku tym zupełne wyleczenie. Chory wspomniany zgłosił się do leczenia w 60 godzin po podejrzanym stosunku, nie spostrzegłszy przedtem u siebie niczego podejrzanego poza lekkiem swędzeniem w cewce. W bardzo skąpym wycieku śluzowym z maleńką domieszką ciałek ropnych stwierdziłem już jednak dosyć znaczną ilość dwoinek wiewiórowych.

W drugim przypadku dotyczącym również słuchacza medycyny objawy stwierdzone przy pierwszem badaniu były podobne do wyżej opisanych. Stosunek podejrzany przed trzema dniami — od kilku godzin swędzenie w cewce. Wydzielina z cewki bardzo skąpa, śluzowo-ropna. Spora ilość dwoinek wiewiórowych. Chory rozpoczął natychmiast (8 rano) wstrzykiwać reargon w odstępach półtora godzinnych. Po 4 wstrzykiwaniach (3 popołudniu) w wycieku bardzo skąpym barwy brunatnawej dwoinek wiewiórowych mikroskopowo nie znalazłem — również ciałek ropnych było nie wiele i to nie typowych, natomiast przeważały złuszczone nabłonki i śluz. Podobny stan stwierdziłem dwukrotnie i w drugim dniu choroby. Mimo to jednak kazałem jeszcze choremu wstrzykiwać 5 dni po 5 razy dziennie i wówczas dopiero przerwałem leczenie. Badanie mikroskopowe po prowokacji roztworem Lugola nie wykazało niczego podejrzanego. Chory zgłaszał się jeszcze kilkakrotnie dla kontroli, poczem uznałem go za wyleczonego.

Trzy dalsze przypadki dotyczyły również chorych nadających się w zupełności do leczenia poronnego; nie poszło ono jednak tak szczęśliwie jak w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach. Jeden chory leczył się 22 dni (dwoinki utrzymywały się w preparacie mikroskopowym 13 dni) u drugiego zaraz w 2 dniu wstrzykiwania wystąpił bardzo silny obrzęk napletka i tak silne podrażnienie i bolesność cewki moczowej, że chory bezwarunkowo nie chciał nadal wstrzykiwać reargonu. Zmusiło mnie to do stosowania innego preparatu srebrowego, który chory znosił dobrze. W piątym przypadku u chorego, który również skarżył się na silne pieczenie w cewce po wstrzykiwaniach reargonu, znalazłem jeszcze w 15-ym dniu leczenia dwoinki wiewiórowe. Pozatem w tymże 15-tym dniu leczenia wystąpiło u chorego silne parcie i bolesność przy oddawaniu moczu. Przy badaniu oba mocze okazały się silnie zmącone. Przeszedłem wówczas do podawania środków wewnętrznych (*balsamica)*, a po ustąpieniu ostrych objawów zapisałem do wstrzyknięć zamiast reargonu inne preparaty srebrowe, które chory znosił znacznie lepiej niż reargon.

Przy leczeniu przypadków rzeżączki ostrej przedniej części cewki, w których sprawa chorobowa była już zbyt daleko posunięta, aby można przeprowadzić leczenie poronne, chorzy wstrzykiwali reargon tylko po 5 razy dziennie (w odstępach 3 godzinnych), wyniki nie były lepsze od uzyskiwanych dotychczasowemi preparatami srebrowemi, a w całym szeregu przypadków były wręcz złe. Na 16 przypadków leczonych reargonem w 2 przypadkach przyszło w ciągu leczenia do ostrego zapalenia gruczołu krokowego, w 2 do ostrego zapalenia najądrza, w 1 przypadku wystąpiło krwawienie końcowe, a wreszcie w 4 innych przypadkach wystąpiło ostre zapalenie tylnej części cewki. W 2 przypadkach przejście procesu rzeżączkowego na tylną część cewki nastąpiło już w 3-cim dniu wstrzykiwań reargonu. W wszystkich tych przypadkach przerwałem stosowanie reargonu i wróciłem do powszechnie używanych środków leczniczych. Z pozostałych 7 przypadków, w których reargon nie doprowadził do pojawienia się powikłań, przerwałem stosowanie tego środka w 4 przypadkach, ponieważ mimo bardzo starannego wstrzykiwania w 15, 18, a nawet 21-m dniu leczenia znajdowałem jeszcze dwoinki wiewiórowe w preparatach mikroskopowych i to w znacznej ilości. We wszystkich tych przypadkach wstrzykiwania innych preparatów srebrowych (choleval, albargina, hegonon) doprowadziły w bardzo krótkim czasie do zniknięcia dwoinek z preparatów mikroskopowych.

Pozostałyby więc tylko 4 przypadki wyleczone reargonem z tych 2 po 18 dniach wstrzykiwania, 3 po 24, a 4 po

29 dniach leczenia. Szybkie wyleczenie uzyskałem właściwie tylko w 2 przypadkach; wyleczenie bowiem rzeżączki ostrej w 4 tygodniu leczenia zdarza się często i przy stosowaniu środków leczniczych zwykle używanych.

W 6-ciu przypadkach rzeżączki chronicznej przedniej części cewki również nie miałem dobrych wyników.

Na tych przypadkach przekonałem się, że reargon nie ma zupełnie tego głębokiego działania (*Tiefenwirkung*) jakie przypisują mu Klausner i Wiechowski. W przypadkach, w których stosowałem wstrzykiwania reargonu bez żadnego innego leczenia pomocniczego, dwoinki wiewiórowe albo wogóle mimo 3 tygodniowego wstrzykiwania nie znikały z wydzieliny cewki, albo też w przypadkach gdzie ich już mikroskopowo nie znajdywaliśmy, mimo 10 do 14-dniowych dalszych wstrzykiwań reargonu ukazywały się z powrotem w kilka dni po zaprzestaniu leczenia. Nie lepsze działanie okazywał reargon u chorych, u których stosowałem mięsienie cewki na zgłębniku i równocześnie 10-ciominutowe wstrzykiwania reargonu.

Poza próbami leczenia reargonem rzeżączki ostrej czy chronicznej przedniej części cewki zastosowałem leczenie reargonem również w 11 przypadkach ostrej lub podostrej rzeżączki cewki tylnej w myśl bardzo interesującego spostrzeżenia Klausnera, o którem wyżej wspominałem, że w przypadkach schorzenia tylnej cewki udaje się samemi wstrzykiwaniami reargonu do przedniej części cewki usunąć to powikłanie z reguły już po kilku dniach. Potwierdzenie tych spostrzeżeń Klausnera wprowadziłoby przewrót w naszem dotychczasowem zapatrywaniu i postępowaniu przy schorzeniu tylnej części cewki i pozwoliłoby nam zarzucić dotychczasowe postępowanie wyczekujące i leczyć miejscowo bez narażenia chorego na możliwe powikłania. Niestety i tutaj wyniki zawiodły nasze oczekiwania. Na 11 przypadków w 2 tylko doprowadzono leczeniem miejscowem przedniej części do stałego wyjaśnienia się drugiej porcji moczu i to w przypadkach, w których sprawa nie była zbyt ostra, a zmętnienie moczu było niewielkie. W pozostałych 9-ciu przypadkach mimo dwutygodniowego leczenia reargonem zmącenie drugiej części moczu utrzymywało się nadal, nadto w dwóch przypadkach wystąpiło znaczne zaostrzenie się sprawy chorobowej, silne parcie i dosyć obfite krwawienie po każdorazowem oddawaniu moczu — w 2 przypadkach doszło do ciężkich powikłań (w 1 przypadku zapalenie najądrza i gruczołu krokowego, w 2 przypadku obustronne zapalenie najądrzy). W 5-ciu przypadkach (3 przypadki, w których druga porcja moczu była mętna mimo leczenia przedniej części cewki, i 2 przypadki, w których w czasie leczenia proces rzeżączkowy przeszedł na tylną część cewki (zastosowałem za radą Doc. Waltera przepłukiwania pęcherza sposobem Janeta rozczynami reargonu 1 : 250. Przepłukiwania te nie dały lepszych wyników niż dotychczas stosowane przepłukiwania rozczynami nadmanganianu potasu 1 : 4.000. W 3 przypadkach osiągnęliśmy oczyszczenie się drugiej części moczu, w 2-ch przypadkach już po 5, w 3-cim po 8 przepłukaniu. W pozostałych 2-ch przypadkach rzeżączka zaostrzyła się i musieliśmy przepłukiwania przerwać, odczekać jakiś czas aż do uspokojenia się procesu chorobowego, poczem dopiero zastosowane przepłukiwania rozczynami nadmanganianu potasu doprowadziły rychło do dobrych wyników.

Na podstawie wyników leczniczych uzyskanych w leczonych przez nas przypadkach nie można w żadnym razie uważać reargonu za środek tak idealny, jak chcą tego jego wynalazcy. Pod względem działania bakterjobójczego na dwoinki wiewiórowe stoi on bezwarunkowo niżej od przetworów takich jak hegonon, protargol a przedewszystkiem choleval czy albargina, mimo iż procentowo zawiera znacznie więcej srebra od wymienionych połączeń. (Reargon zawiera 6% srebra, a więc jego 5% roztwór zawiera 0·3% srebra, podczas gdy zwyczajnie używane do wstrzykiwań roztwory albarginy zawierają około 0·03%, roztwory protargolu około 0·04% a cholevalu około 0·025% Ag.). Wiemy jednakowoż z naszych dotychczasowych doświadczeń, że do zniszczenia dwoinek wiewiórowych nie jest konieczne działanie środków o dużej zawartości procentowej srebra. Mała procentowo ilość srebra zawarta w albarginie, w cholevalu i t. d. jest zupełnie wystarczająca do zniszczenia tych dwoinek wiewiórowych, które znajdują się w miejscach dla tych środków dostępnych. Środkiem lepszym będzie ten, którego działanie wnikające w głąb cewki będzie silniejsze — tej zaś zalety w reargonie nie spostrzegaliśmy w większym stopniu. Wysoka zawartość procentowa soli srebrowych w reargonie jest mojem zdaniem jednym z najważniejszych powodów wywołujących przy stosowaniu tego środka tak wielką ilość powikłań. Najwyższe od samego początku stężenie reargonu nie pozwala na późniejsze zwiększenie stężenia stosowanego środka, a wiemy, że w leczeniu rzeżączki bardzo korzystnie działa wolna ale ciągła zmiana stężenia stosowanych leków a obok tego czasowa zmiana stosowanych przetworów.

Działanie lecznicze jest wówczas silniejsze, gdyż nie dopuszcza do przyzwyczajenia się dwoinek wiewiórowych do stosowanego przetworu leczniczego. Stroną ujemną reargonu jest również to, że jest bardzo drogi (mniej więcej 18 razy droższy od przetworów albarginy albo cholevalu).

Jedyną zaletą reargonu byłoby to że chorzy podmiotowo znoszą go dobrze — również jednakże nie stale, lecz w większości przypadków: dlatego też środek ten działa najlepiej w przypadkach, nadających się do leczenia poronnego. Chory bowiem, nie odczuwając bólu przy wstrzykiwaniach, może te wstrzykiwania robić częściej niż jest to możliwe przy innych środkach. Jest to jednakże bronią obosieczną w przypadkach, w których nie doprowadza się szybko (poronnie) do wyleczenia. Środek ten bowiem nie wywołuje tylko podmiotowo objawów zadrażnienia, w rzeczywistości drażni śluzówkę cewki bardzo silnie, czego dowodzi bardzo wielka ilość złuszczonych nabłonków w preparatach mikroskopowych. Jak zaś wiemy, powinniśmy przy leczeniu rzeżączki unikać zadrażnienia śluzówki, każde bowiem jej zadraźnienie prowadzi do silnego pomnożenia się liczby dwoinek wiewiórowych (niejako miejscowa prowokacja) i ułatwa występowanie powikłań.

Zestawiając wyniki uzyskane przez nas w leczeniu reargonowem, z wynikami uzyskanemi przez Klausnera a później przez Josepha, widzimy bardzo daleko idące różnice. Dlaczego działanie reargonu w tamtych przypadkach było tak zupełnie inne niż w naszych, wytłumaczyć trudno. W pierwszym rzędzie nasuwałaby się myśl, że preparaty przysyłane do Polski, a więc wyrabiane »na wywóz« są gorsze niż używane na miejscu. Możliwe jest także to, że reargon psuje się po pewnym czasie, mimo iż jest wzorowo opakowany — lub też może fabrykacja przetworu (wyrabiany przez fabrykę chemiczną »Norgine« w Praga-Uście n. Ł.) wogóle w ostatnich czasach się zepsuła. Przemawiałby za tą ostatnią możliwością fakt spostrzegany przezemnie, że nieliczne dobre wyniki po wstrzykiwaniach reargonu uzyskaliśmy przy stosowaniu pierwszych próbek tego przetworu, przysłanych do aptek krakowskich — a odwrotnie wyniki ostatnich prób w październiku i listopadzie b. r. prób przeprowadzanych na oddziale chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza wypadły najgorzej. Chorzy tego okresu najwięcej się skarżyli na pieczenie przy wstrzykiwaniu — dwoinki wiewiórowe nie ustępowały nawet do trzech tygodni i najwięcej wówczas spostrzegaliśmy powikłań.

Za możliwością gorszej wartości preparatów później wyrabianych przemawiałoby także to, że po pierwszych ocenach entuzjastycznych (Klausner i Wiechowski (1), Klausner (2), Joseph (3), nieco później pochlebnych (Hugo Popper (4), Haas i Zimmern (5), R. Imhofer (7), który stosował reargon w rhinitis w tamponach, wyników uzyskiwanych przy leczeniu reargonem, pojawił się w ostatnich czasach szereg publikacyj, które w reargonie nie widzą zgoła zalet przypisywanych mu przez jego twórców.

I tak H. Lamprecht (8) stwierdza wprawdzie brak objawów podrażnienia przy wstrzykiwaniu reargonu i jego działanie znieczulające, nie osiągnął jednakże w żadnym przypadku wyleczenia poronnego w przypadkach wczesnych. Także i w przypadkach dalej posuniętych nie spostrzegał Lamprecht żadnych innych zalet tego środka w stosunku do innych dotychczas używanych przetworów M. Hosse i H. Weitgasser nie stwierdzili takiego braku

bolesności i objawów zadrażnięnia, jak to twierdzą wynalazcy. Zdolność bakterjobójcza reargonu nie była w żadnym z ich przypadków dostateczną. Wielokrotnie w czasie leczenia spostrzegali przejście procesu tryprowego na tylną część cewki, a w 6 na 15 wogóle leczonych przypadków u mężczyzn spostrzegali wystąpienie tak ciężkich powikłań, jak zapalenie stawu kolanowego, ostre zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie pęcherza, nacieki około-cewkowe i t. d.

Częste przechodzenie rzeżączki na tylną część cewki widział również E. Ostwald (10) w przypadkach leczonych przez siebie. Podaje on również w swej pracy, że w kilku przypadkach rzeżączki cewki przedniej (zaliczanych przez niego do t. zw. »*Gonorrhoea anterior profunda*«) mimo dwu i trzymiesięcznego leczenia reargonem, nie uzyskał wyleczenia. W leczeniu rzeżączki cewki tylnej i rzeżączki powikłanej miał prawie same złe wyniki.

W polskiem piśmiennictwie znalazłem tylko jedną pracę o reargonie, a mianowicie krótkie, ale treściwe sprawozdanie Monisa (11) z wyniku doświadczeń przeprowadzanych na oddziale wenerycznym szpitala powszechnego we Lwowie. Są one również bardzo niekorzystne we wszystkich niemal leczonych przypadkach.

Piśmiennictwo.

1) E. Klausner, W. Wiechowski: Reargon, ein neuer Weg der Silbertherapie bei der Gonorrhoe. Derm. Wochenschrift. 1924. Nr. 1. — 2) E. Klausner: Ergebnisse der lokalen Behandlung der Gonorrhoe mit Reargon. Derm. Woch. 1924. Nr 14. — 3) M. Joseph: Deutsch. Med. Woch. 1924. Nr. 11. — 4) Hugo Popper: Deutsche Med. Woch. 1924. Nr. 30. — W. Haas, F. Zimmern: Erfahrungen mit Reargon bei Gonorrhoe. Derm. Woch. 1924. Nr. 21. — 6) E. Freund: Erfahrungen mit Reargon. Derm. Woch. 1924. Nr. 23. — 7) R. Imhofer: Reargon in der Rhinologie. Med. Klin. 1924. Nr. 27. — 8) H. Lamprecht: Erfahrungen mit Reargon. Wiener Klin. Woch. 1924. Nr. 30. — 9) M. Hasse, H. Weitgasser: Erfahrungen mit Reargon. Wien. Klin. Woch. 1824. Nr. 17. — 10) E. Ostwald: Zur Reargonbehandlung der Gonorrhoe. Derm. Woch. 1924. Nr. 46. — M. Monis: Reargon w leczeniu rzeżączki. Polska Gazeta lekarska 1924. Nr. 47.

Dr. Zofja WOJNO Warszawa.
Dr. Marja DUNIN-KARWICKA.

Rak gruczołów tarczkowych powiek (glandulae tarsales Meibomi).

Do najczęściej spotykanych nowotworów powiek, należy rak, biorący początek w skórze. Rzadkością natomiast jest rak wychodzący z gruczołów tarczkowych. Lagrange w swojem wyczerpującem dziele — »*Traité des tumeurs de l'oeil*« wydanem w 1904 roku wylicza 8 znanych w piśmiennictwie przypadków raka gruczołów tarczkowych, z tych dwa jednak niepewne; jeden z nich podany przez Richet'a nie był badany histologicznie, a drugi Gosselin'a uważany był przez samego autora za gruczolak, a nie za rak. Scherer w 1914 roku podaje ogólną liczbę nowotworów gruczołów tarczkowych (raka i gruczolaka) na 30, a ostatnio Riva w 1922 roku dolicza się w piśmiennictwie 16 przypadków raka i 24 gruczolaka.

Przytoczona powyżej statystyka upoważnia mnie do opisania przypadku raka gruczołów tarczkowych, który był operowany w Instytucie Oftalmicznym w roku ubiegłym.

Chora M. K., lat 78, po przybyciu do Instytutu zeznaje, że przed 6 miesiącami zauważyła na powiece górnej prawego oka guzek wielkości ziarnka grochu. Guzek ten szybko się powiększał. Z początku bólu w oku chora nie odczuwała; dopiero od kilku tygodni guz uciska na oko powodując ból.

Badanie dało wynik następujący:

Guz górnej powieki prawego oka wielkości średniego orzecha amerykańskiego sprawia, że cała powieka bardzo jest powiększona, a w szczególności wielokrotnie grubsza niż normalna. Tylko niewielka część powieki (mniej więcej $^1/_6$) od strony nosa wydaje się być wolna od guza, który natomiast sięga do kąta zewnętrznego powiek. Guz jest niebolesny o spoistości chrząstkowatej, powierzchni guzkowatej, granicach przy macaniu dobrze wyczuwalnych; leży całkowicie w obrębie powieki, nie przechodząc nigdzie w jej otoczenie. Skóra powieki sinawa, zawiera żyły wyraźnie rozszerzone, ale pozatem jest niezmieniona i nad guzem przesuwalna. Tylko nad przednią krawędzią brzegu powieki w pasie 3–5 mm szerokim, skóra zrośnięta jest z guzem.

Tylną powierzchnię powieki można obejrzeć po odciągnięciu jej ku przodowi; odwrócić jej niepodobna. Trzecia jej część od strony nosa pokryta jest spojówką, która poza przekrwieniem i miernem zgrubieniem nie wykazuje żadnych zmian. W zewnętrznych natomiast $^2/_3$ powieki spojówki niema; widzimy tu powierzchnię guza żółtawej barwy guzkowatą, pokrytą siateczką naczyń krwionośnych. W paru miejscach na niewielkiej przestrzeni powierzchnia guza, uległa rozpadowi; pokryta jest ona w tych miejscach białemi grudkami wielkości ziarnka piasku, które łatwo dają się usuwać wacikiem.

Brzeg powieki w wewnętrznej połowie zaczerwieniony i rozszerzony. Odległość od krawędzi przedniej do tylnej dosięga tutaj 5 mm. W połowie skroniowej brzeg jest bledszy i nie rozszerzony, lecz raczej zwężony wskutek tego, że krawędź tylna i część przestrzeni między-krawędziowej, wraz z ujściami gruczołów uległa rozpadowi. Gruczoły przeduszne i podszczękowe niewyczuwalne.

Guz wyłuszczono i wykonano operację plastyczną (Dr. Sławiński) w celu zastąpienia usuniętych części powieki. Zabieg chora zniosła doskonale, wypisano ją ze szpitala w trzy tygodnie po operacji — zdrową.

Więcej chora do nas już się nie zgłaszała. W kilka miesięcy jednak po jej wyjściu z Instytutu dowiedziałam się od innej mieszkanki tej samej wsi, że chorej M. K. utworzył się ponownie guz tej samej powieki, którego dać operować nie chce.

Już badanie kliniczne wzbudziło we mnie podejrzenie, że mamy do czynienia z tak rzadko spotykanym guzem złośliwym gruczołów tarczkowych, bez trudu bowiem odnajdywałam w naszym przypadku cechy uznane za charakterystyczne dla nowotworów tego rodzaju, przez Lagrange'a Scheerera, Pereyra i innych. Konsystencja chrząstkowata, powierzchnia guzkowata, zabarwienie od strony spojówki białawe, lub żółtawe guza powieki pokrytego skórą nad nim przesuwalną i nienaruszoną, są to cechy, na których klinicysta, zdaniem tych autorów, powinien opierać rozpoznanie nowotworu gruczołów tarczkowych. Szybki wzrost guza przemawia za rakiem, a przeciwko gruczolakowi. Zajęcie gruczołów chłonnych zdarza się nawet w przypadkach raka gruczołów tylko wyjątkowo. W naszym przypadku za złośliwością nowotworu, poza szybkością wzrostu przemawiało zrośnięcie z nim skóry nad brzegiem powieki, oraz rozpad guza, widoczny w paru miejscach.

Badanie histologiczne usuniętego guza, dokonane przez Dr. Marję Dunin-Karwicką, potwierdziło w zupełności badanie kliniczne, jak to widać z następującego opisu.

Nadesłany do badania histologicznego guz powieki posiadał wymiary i kształt orzecha amerykańskiego, powierzchnię częściowo owrzodziałą i pagórkowatą (od strony spojówki), konsystencję twardą, przekrój zrazikowaty, barwy szarawo-żółtawej.

Makroskopowo robił on wrażenie *adenoma sebaceum*.

Badanie drobnowidowe stwierdziło obraz histologiczny raka o typie *carcinoma alveolare*, guz składa się mianowicie z rozmaicie ukształtowanych pełnych (bez światła) gniazd nieprawidłowo bujających komórek nabłonkowych, zlewających się już często w całe pola nabłonkowe, rozmieszczonych wśród łączno-tkankowego podścieliska. Komórki te posiadają jądra różnego kształtu i wielkości, przeważają jednak duże, blado barwiące się jądra z wyraźnem jąderkiem owalnem, lub okrągławem, często trafiają się mniej lub więcej prawidłowe figury karjokinetyczne, zaródź komórek zawiera wielką obfitość kulek tłuszczowych (prep. barwione Sudanem III).

Łączno-tkankowe podścielisko guza nosi charakter twardej, zbitej tkanki łącznej z jakiej się składa *tarsus*. Jest ono w olbrzymich wprost rozmiarach nacieczone tłuszczowo, przyczem obok kulek i kul tłuszczowych widzimy całe złogi igieł tłuszczowych. Skutkiem tego niezwykle obfitego nacieku tłuszczowego powstają niecodzienne obrazy, gdyż oprócz wrzecionowatych komórek łączno-tkankowych, naładowanych kuleczkami tłuszczowemi na obu biegunach, lub pojedynczych komórek o zarodzi zastąpionej w znacznej części przez dużą kulę tłuszczową, jak to zwykliśmy widywać w tkance tłuszczowej, znajdują się całe ogniska, a często już i całe pola tłuszczowo przekształconych komórek, te ostatnie mniejsze są i nieco inaczej wyglądają niż komórki właściwej tkanki tłuszczowej; bezsprzecznie jednak są tego samego pochodzenia.

Skupienia tłuszczowo przekształconych komórek ulegają często martwicy i rozpadowi, taki sam los spotyka sąsiadujące z niemi odcinki gniazd nowotworowych i trudno jest nieraz rozstrzygnąć, jakiego pochodzenia jest dane ognisko, sądzimy jednak, że chociaż tego rodzaju rozpad podścieliska łączno-tkankowego należy do rzadkości, to oba te źródła trzeba brać w rachubę, tem bardziej, że przy zaburzeniach w odżywieniu podścieliska cierpią oczywiście również odżywiane przez niego odcinki nowotworu.

To niezwykle daleko posunięte stłuszczenie guza objaśnia nam jego wygląd makroskopowy.

Nowotwór zajmuje całą grubość powieki, sięgając z jednej strony do jej spojówki z drugiej — do skóry; tak jedna, jak i druga, tam gdzie je widać na preparatach, są przeważnie wolne od gniazd nowotworowych, tylko z rzadka widać wkroczenie tych ostatnich do obu tych formacyj; na jednym preparacie utkanie nowotworowe sięga w jednem miejscu aż pod sam nabłonek skóry.

Gdzieniegdzie widać drobne resztki zwieracza powieki.

W znajdującej się na preparatach skórze powieki widać gruczoły łojowe i gruczoły Moll'a (*glandulae ciliares*), w spojówce zaś — cewki gruczołu łzowego dodatkowego, niema natomiast nigdzie ani śladu gruczołów tarczkowych. Tak nabłonek płaski wielowarstwowy skóry, jak i nabłonek walcowaty wielowarstwowy spojówki powieki jako też pochewki włosowe skóry (rzęsy) i wszystkie wzmiankowane formacje gruczołowe znajdują się w stanie zupełnego spokoju i nidzie nie wykazują najmniejszego bujania.

Biorąc pod uwagę:

1. zupełny brak na wszystkich przekrojach gruczołów tarczkowych,
2. wykluczenie wszelkich innych źródeł jako podłoża, z którego mógłby wyjść w danym przypadku rak,
3. charakter ognisk nowotworowych, które w miejscach młodszych układem swym wyraźnie przypominają układ gruczołów tarczkowych,
4. wreszcie niezwykle bogatą zawartość tłuszczową (gruczoły tarczkowe, jak wiadomo, obfitują w tłuszcz), przychodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z rakiem pierwotnym tychże gruczołów.

Stosowaliśmy barwienie hematoksyliną-eozyną skrawków parafinowych i barwienie Sudanem III. w połączeniu z hematoksyliną skrawków mrożonych.

Piśmiennictwo.

1) Lagrange. Traité des tumeurs de l'oeil. 1904. T. II. str. 733. — 2) v. Michel. Handbuch der gesamten Augenheilkunde Graefe-Saemisch. 1908. T. V. 1. str. 323. — 3) Fuchs. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie. 1878. T. XXIV 2. str. 158. — 4) Salzman. Arch. f. Augenhk. 1891. T. XXII. str. 292. — 5) Sourdille. Arch. d'Ophthalmologie. 1894. T. XIV. str. 179. — 6) De Schweinitz. Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1894. str. 489. — 7) Gross. Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1896. str. 217. — 8) Scheerer. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1914. T. LII. str. 86. — 9) Cavara. Centralblatt f. d. gesamte Ophthalm. 1920. T. III. str. 570. — 10) Riva. Centralblatt f. d. gesamte Ophthalm. 1923. T. IX. str. 456. — 11) Pereyra. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1922. T. LXIX.

Oceny i sprawozdania.

Braun Max. **Historja naturalna pasorzytów zwierzęcych człowieka. (Naturgeschichte der tierischen Parasiten des Menschen).** Lipsk. Nakład C. Kabitzsch. Wydanie VI. 1925. Stron 608, z 416 rycinami. Cena 19·50 marek zł., (w oprawie 21·60 m.).

Książka Brauna stanowi samoistną całość, obejmującą wszystkie dotąd wykryte pasorzyty zwierzęce, jakie się napotyka u człowieka. Jako poradnik w przypadkach rzadszych jest to książka niezbędna, zwłaszcza, że nader liczne ryciny bardzo ułatwiają posługiwanie się nią lekarzowi nawet mniej obeznanemu z morfologją pasorzytów. Autor, wieloletni profesor zoologji i anatomji porównawczej w Królewcu, opiera się na ogromnem doświadczeniu własnem i na gruntownem zużytkowaniu piśmiennictwa (które podaje w osobnym dodatku); w ostatniem wydaniu uzupełnił swą książkę nowemi zdobyczami i dodał 38 rycin. — Kliniczną i terapeutyczną stronę tego działu nauki opracował prof. Seifert. Książka jego, stanowiąca również całość dla siebie, tworzy wraz z książką prof. Brauna dwie części wydawnictwa p. t.: »Pasorzyty zwierzęce człowieka, wywołane przez nie choroby i ich leczenie«. (Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen und ihre Heilung).

r.

Bumba: **Die Kehlkopftuberculose vom Standpunkte der immunbiologischen Forschung.** (Gruźlica krtani ze stanowiska badania odporności biologicznej). Curt Kabitzsch. Leipzig.

Autor przy gruźlicy krtani stara się przesunąć ustrój w stan jaknajsilniejszej anergji pozytywnej injekcjami tuberculomucyny Welemińskiego, lecząc zresztą następowo samą krtań dotychczas stosowanemi metodami. Jest to więc właściwie praca poświęcona leczeniu tuberkuliną gruźlicy wogóle, w której obserwacje co do gruźlicy krtani odgrywają podrzędną rolę. Nie zastanawiając się nad nierozstrzygniętą sprawą swoistego działania tuberkuliny, należy jednak zwrócić uwagę na słabe strony tego leczenia, a mianowicie na wymagane duże doświadczenie praktyczne i ogromnie sumienne badanie chorego, możliwe tylko w szpitalach, wzgl. zakładach specjalnie leczeniu gruźlicy poświęconych, aby sprawy chorobowej nie pogorszyć. Co do wyników leczenia to zdawałyby się one bardzo zachęcające, statystyka jednak jest robioną na podstawie tylko 39 przypadków przy nieokreślonym czasie obserwacji 6—31 miesięcy. Uderza mała ilość przypadków leczonych w stosunku do materjału jakim autor rozporządzał, czerpiąc go aż z 4-ch zakładów, co musi dać powód do przypuszczenia, że materjał do tego leczenia był specjalnie dobieranym, co zresztą do pewnego stopnia sam autor przyznaje twierdząc, że stadjum 3-cie anergji, do leczenia tą metodą nie nadaje się, z pierwszych zaś dwóch stadjów nie podaje autor procentowej ilości przypadków. Również czas obserwacji jest za krótki, aby móc już po sześciu miesiącach oświadczyć, że w przypadkach tych nastąpiło wyleczenie.

Dlatego też zdaje mi się wskazanem wstrzymanie się z tą metodą leczenia na szerszą skalę, aż do czasu jej ewentualnego udoskonalenia i rozstrzygnięcia jej rzeczywistej swoistości.

Przeworski.

S. Jessner. **Hautveränderungen bei Erkrankungen der Atmungsorgane.** Nakładem Curta Kabitzscha w Lipsku 1925 roku. Str. 58.

W przedmowie zaznacza autor, że z przyjemnością powraca (broszurka jest drugiem poprawionem wydaniem) do tematu ulubionego, przed laty opracowanego, bo może w krótkiej i zwięzłej formie przypomnieć lekarzowi praktykowi, zarówno dobrze interniście, jak dermatologowi, tą tak starą, a niestety tak często idącą w niepamięć prawdę, że skóra nie jest narządem osłaniającym tylko nasz ustrój, ale, że związana jest tysiącem nici z życiem całem ustroju, i że zaburzenia w którymkolwiek narządzie wewnętrznym odbijają się bardzo często w sposób mniej lub więcej wybitny na skórze.

»Opukiwać, wysłuchiwać, posługiwać się mikroskopem, badaniami chemicznemi i fizykalnemi i ponadto wiele jeszcze więcej, trzeba umieć. Ale przytem nie powinno się zapominać o metodzie najprostszej: o przyjrzeniu się choremu, o widzeniu makroskopowem, bo ono niejednokrotnie jest drogowskazem dla zmierzającego ku rozpoznaniu lekarza«.

Temu też najprostszemu, najpierwotniejszemu sposobowi badania poświęcona jest cała broszurka. Wartość jej polega na tem, że autor w sposób przystępny i jasny wyjaśnia, jak wiązać umiejętnie nietylko objawy chorobowe, ale i wszelkie zmiany na skórze, dotyczące choćby jej wejrzenia, że zmianami narządów oddychania, co o tych lub owych zmianach myśleć, jak je zużytkować, by na ich podstawie powziąć podejrzenie, że w tym a nie innym kierunku należy skierować główną uwagę. Nie brak w tej broszurce niemal niczego na co starzy praktycy, nie rozporządzający dzisiejszemi środkami badania z konieczności zwracali uwagę nie brak też i uwag i spostrzeżeń nowszych, zwłaszcza, gdy

autor omawia zmiany gruźlicze w skórze. Z rzeczy dawno znanych, a w badaniu dziś często pomijanych, podkreśla S. znaczenie sinicy skóry i rozmaitych odmian tej sinicy, barwę skóry bladą lub z wypiekami, rozszerzenie żył skórnych, opryszczki, potówkę i t. p. objawy, banalne na pozór, a mające przecież swoje klinicznie uzasadnione znaczenie. Nieżyt nosa, rozedma płuc, krztusiec, błonica, zapalenie płuc w rozmaitych odmianach, zapalenie opłucnej, wysięki i guzy śródpiersia są tematem pierwszej części tej broszurki. Resztę poświęca S. stosunkowi skóry do gruźlicy płuc, przyczem rozróżnia objawy skórne towarzyszące gruźlicy płuc, ale nie będące same przez się schorzeniami gruźliczemi skóry, i rozmaite odmiany istotnych gruźliczych schorzeń skóry. Przy omawianiu nieżytów błony śluzowej nosa pominął autor (zapewne przez przeoczenie) tak często towarzyszące im opryszczki i nie mniej częste, zwłaszcza u dzieci, liszaje.

Książeczkę napisaną żywo, zajmująco i jasno przeczyta z przyjemnością (i pożytkiem) tak internista, jak i dermatolog.

Lenartowicz (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Revue du Trachome.

Nr. 1. 1925.

Jeandelize i Bretagne. **Jaglica w Lotaryngji.** Lotaryngja znana jest jako kraj wybitnie przemysłowy, obfitujący w liczne fabryki soli, sody, żelaza i metali.

W braku odpowiedniej ilości miejscowych rąk roboczych, posługuje się od dawna przemysł fabryczny robotnikami sprowadzonymi z zagranicy, w szczególności włoskimi, którzy ze sobą do kraju wprowadzili jaglicę. Także reszta ludności częściej teraz zapada na jaglicę, zwłaszcza u dzieci zdarzają się liczne przypadki tej choroby.

Autorowie powołują się na skromną statystykę własnych spostrzeżeń i kończą swe sprawozdanie apelem do Ligi dla zwalczania jaglicy, by przez stosowne pouczenie lekarzy i ludności oraz ścisłą kontrolę szkół i warsztatów pracy przeciwdziałała rozpowszechnianiu się tej choroby.

Sédan i Hermann. **Leczenie wrzodów i uporczywych zapaleń rogówki przy jaglicy zapomocą plastyki spojówkowej.** Na podstawie czteroletnich doświadczeń dochodzą autorowie do następujących wniosków:

a) wyniki natychmiastowe: ustanie bólów, umożliwienie energicznego leczenia miejscowego (rogówka przykryta spojówką nie pozostaje w ciągłym kontakcie z chorobowo zmienioną spojówką powieki górnej), zanik częściowy lub całkowity łuszczki, zależny od peritomji, stanowiącej pierwszy akt operacji, szybkie zbliznowacenie zmian rogówkowych, ustąpienie światłowstrętu i łzawienia, nawet na oku nieoperowanem;

b) wyniki ostateczne: w większości przypadków znajduje się po odkryciu rogówkę w okresie bliznowacenia a często znikają ciężkie powikłania. Oddzielenie spojówki od rogówki zapomocą nożyka Graefego zawsze się udawało a w kilku przypadkach zastali autorowie pod przyczepioną spojówką przeźroczystą rogówkę.

Plastykę spojówkową wykonuje się po poprzedniem znieczuleniu zapomocą zastrzyku podspojówkowego 2% roztworu synkainy z adrenaliną. Założone szwy same puszczają po upływie czterech dni. Opaski nie należy zakładać.

Szczególną uwagę zwracają autorowie na leczenie worka spojówkowego. Wobec tego, że przykryta rogówka chronioną jest przed działaniem środków żrących należy energicznie stosować leczenie spojówki. Atropina zaś działa bardzo dobrze na tęczówkę przez zasłonę spojówkową. Wogóle wskazanem jest utrzymywanie oka przez cały czas, w którym szwy trzymają, jakby w kąpieli maści antiseptycznych (kseroform, aristol lub siarkan miedzi).

Aubaret, Rouslacroix i Hermann. **Nowe badania histologiczne i cytologiczne nad jaglicą.**

Morax. **Trudności rozpoznawania jaglicy.** Ogłoszenie dekretu zmuszającego do obowiązkowego zgłaszania przypadków jaglicy, jako choroby zakaźnej skłoniło autora do zastanowienia się nad trudnościami, jakie napotyka klinicysta przy rozpoznaniu różniczkowem schorzeń spojówki o typie mieszkowym. Ominięcie pomyłek w tym względzie jest w szczególności ważnem w krajach, gdzie jaglica występuje tylko wyjątkowo. Dwie zasadnicze właściwości cechują mieszek jagliczy: jedna cecha niestała, występująca tylko przy mieszkach większych, polegająca na tem, że mieszek taki łatwo przy ucisku daje się opróżnić ze swej zawartości a druga to fakt, że każdy mieszek jagliczy pozostawia w swym końcowym okresie rozwojowym bliznę w spojówce.

Na dalszym planie pozostają powikłania ze strony rogówki przy jaglicy.

Z chorób spojówki, wchodzących w zakres rozpoznania różniczkowego wymienia M. w pierwszym rzędzie nieżyt mieszkowy z pływalni (*conj. follic. de piscine* »*Schwimmbadconjunctivitis*« niemieckich autorów). Jest to nieżyt spojówki spotykany u osobników uczęszczających do publicznych pływalni, trwający 2—4 miesięcy, nie powodujący powikłań rogówkowych i ustępujący bez pozostawienia blizn. M. podaje historje chorób i zdjęcia autochromowe kilku przypadków przez siebie spostrzeganych.

Wydzielina spojówkowa tych przypadków chorobowych jest w wysokim stopniu zaraźliwą — badania mikroskopowe nie wykryły jeszcze zarazka chorobotwórczego.

Okres wylęgania się tej choroby tak samo długi, jak przy doświadczalnej jaglicy u człowieka. Na podstawie spostrzegania tych przypadków wypowiada M. twierdzenie, że zarazek chorobotwórczy znajduje się poza obrębem pływalni a woda w pływalni gra tylko rolę przenośnika zarazków znajdujących się u kilku kąpiących się.

Kiła spojówki o typie mieszkowym mało jest znaną i rozpoznawaną. Zwłaszcza w przypadkach, w których nacieczenie spojówki tarczkowej opiera się zwykłemu leczeniu, należy myśleć o możliwości zakażenia krętkami.

Dwa przypadki szczegółowo przez M. opisane służą za dowód tego twierdzenia.

Nieżyt mieszkowy o wielkich mieszkach i ostry nieżyt mieszkowy zależny od przewlekłego ropnego zapalenia woreczka łzowego wchodzą także w ramy tych rozważań.

Sédan. **Jaglica w Marsylji w roku 1923.** Wśród chorych zasięgających porady w klinice ocznej w Marsylji znajduje się 15% jaglicznych. Ta liczba wzmaga się obecnie wskutek trudności emigracyjnych i ostrych przepisów przy lądowaniu w Ameryce. Chorzy na jaglicę pochodzący z Korsyki, Azji mniejszej, Afryki, Turcji i Rosji zapełniają miasto i zwiększają odsetek chorych na jaglicę w poradniach szpitalnych. W szkołach w Marsylji liczba dzieci jaglicznych w wieku od 5 do 14 lat wynosi 6 do 7.000.

Tak więc Marsylja stała się ośrodkiem dla spostrzegania jaglicy rozmaitego pochodzenia, prawdziwą pracownią i polem do badań naukowych, co wobec powołania do życia Ligi dla zwalczania jaglicy, w szczególności należy zaznaczyć.

Aubaret. **Walka z jaglicą. Nauczanie i propaganda zapomocą filmu.** Film służący dla tych celów składa się z dwóch części.

Pierwsza część wskazuje, czem jest jaglica, jaka jej jest istota i jakie są związane z nią niebezpieczeństwa, druga zaś, jak można jaglicę uleczyć. Autor przygotowuje także do wyświetlania film, któryby pokazał, jak w lżejszych przypadkach chory sam może się leczyć i uniknąć zaniedbania choroby, obfitującej w tak zgubne następstwa.

W. Reis (Lwów).

Endocrinology.

Vol. VIII. Nr. 4. 1924.

Moore R. Carl. **Zachowanie się wszczepionych jąder, doświadczalny kryptorchizm, wycięcie vas deferens, wyłączenie worka mosznowego i zastosowanie ciepła.** Powtarzając doświadczenia Steinacha, Sanda, oraz przy przeszczepianiu jąder u samców i morskich świnek pod skórę, śródmięśniowo i do jamy otrzewnowej znajdywał autor normalny stan komórek nasiennych przewodzików, czyli stwierdził możliwość normalnego rozwoju tychże w zmienionych warunkach. W doświad-

czalnym zaś kryptorchizmie spostrzegał, podobnie jak Beran, w jądrach brak komórek nasiennych spowodowany uciśnieniem przewodów nasiennych nadmiernem wybujaniem komórek Leydiga. Jak wiadomo, niektóre ssaki, jak szczur, morska świnka, królik zachowują otwartą komunikację między workiem mosznowym a jamą otrzewnową, a przez skurcz mięśni mosznowych jądra mogą być wciągnięte do jamy otrzewnowej lub z niej wyjść. Przez podwiązanie albo zaszycie kanałów pachwinowych i pozostawienie jąder w jamie brzusznej, bez ucisku jednak na sznur nasienny, wywoływał autor już po 7 dniach objawy zwyrodnienia nabłonków nasiennych, a po 20 dniach uzyskiwał typowy obraz histologiczny kryptorchizmu (zanik kanalików nasiennych z nadmiernym rozwojem komórek śródmiąższowych). W innem doświadczeniu po 24 dniowem zatrzymaniu jąder w jamie brzusznej zwalniał jedno jądro z powrotem do worka mosznowego, a zabiwszy zwierzę po $2^1/_2$ miesiącach znajdywał on w jądrze zwolnionem nawrót do normy rozwoju przewodzików nasiennych, podczas gdy w drugiem stwierdził, jak zwykle, zwyrodnienie tychże. Analizując ten fakt, autor wypowiada przypuszczenie, że worek mosznowy spełnia swoistą rolę u ssaków w zróżniczkowaniu się komórek nasiennych. Autor znając szybkość zwyrodnienia w jądrach zatrzymanych w kanałach pachwinowych, lub w jamie otrzewnowej, wyjaśnia, że zwyrodnienie jąder po podwiązaniu sznura nasiennego lub też w wytworzeniu się zrostów w kanałach pachwinowych lub jamie otrzewnowej, uzyskiwane przez innych autorów (Ancel i Bouin i t. d.), mogą być tłumaczone samym faktem pobytu w jamie brzusznej. Przez pomiary ciepłoty w jamie otrzewnowej i w worku mosznowym stwierdził autor różnicę około 8° C; w innej serji doświadczeń jego, zanurzanie na 5 minut jąder w słonej wodzie o ciepłocie 37° C powodowało po 5 dniach zupełne zwyrodnienie kanalików nasiennych. Podobne rezultaty uzyskał i Fukui.

Z doświadczeń tych i spostrzeżeń wynika, że worek mosznowy u ssaków należy uważać za miejscowy termoregulator dla jąder, wyposażony w czynność regulującą przy zróżnicowaniu komórek nasiennych, z tego też wynika dalej wytłumaczenie celowości budowy anatomicznej worka mosznowego, pozbawionego tkanki tłuszczowej, a zaopatrzonego obficie w tkankę mięśniową, powodującą przy zmianach otaczającej ciepłoty skurcz lub rozkurcz worka.

A. T. Rasmussen. **Ilościowe studja nad przysadką mózgową.** Autor posługiwał się własną techniką (opisaną w roku 1922, w Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. (N. Y.), 1922, 19, 146), i oznaczył przeciętną wagę przysadki na 0·6 g. przy wymiarach 13 mm średnicy poprzecznej, 10 mm średnicy strzałkowej i 6 mm średnicy pionowej. U mężczyzn (w 50 przypadkach) znajdywał on niższą wagę, niż inni autorowie, prawdopodobnie z powodu usuwania twardej opony i lejka. Wpływ wieku uwydatnia się tem, że najwyższa waga jest między 35 a 45 rokiem życia, a najniższa między 46 a 62, również waga przysadki dotrzymuje kroku wzrostowi u ludzi w pełnym wieku (między 20 a 45). Autor stwierdza dalej ważną okoliczność, a mianowicie niestosunek między wagą przysadki, a wielkością i objętością siodełka tureckiego.

Co do stosunku procentowego w częściach przysadki między sobą, to autor przytacza następujące przeciętne liczby: *Pars anterior* 72%, *pars nerv.* 18%, *pars intermedia* 2% i *capsula* 8% całej wagi przysadki, a waga *pars anterior* waha się między 48,38% a 86,89% całej przysadki, zależnie od wieku. *Pars nervosa* jest względnie najmniejszą u młodych, a stosunek jej procentowy waha się między 6,7% a 30,36%, najwyższa zaś w wieku 35—45. *Pars intermedia* ulega największym wahaniom (od 0,78% do 2,06%). W 3 przypadkach t. zw. *hypopituitarismus post-adolescentium* znalazł autor normalne liczby przysadki — stąd wnosi, że wobec braku zmian ilościowych w przysadce trzeba przypuszczać zmiany histologiczne.

Co do stosunku komórek w *pars anterior*, to autor znalazł przeciętnie 50% komórek niebarwiących się *(chromofob)*, 35% kwaso-chłonnych i 15% zasado-chłonnych.

C. M. Wilhelmi. **Wtórna czynność przysadki mózgowej ze wzmożoną czynnością tarczycy. Opis klinicznego przypadku.** Autor, opierając się na anatomo-fizjologicznej klasyfikacji zaburzeń przysadkowych Engelbacha i Tierney'a (swoista czynność każdej części przysadki: przedniej, kierującej wzrostem kośćca, rozwojem i czynnością narządów płciowych wraz z powstaniem wtórnych cech płciowych — tylnej, kierującej przemianą materji), przyjmuje, iż może istnieć wzmożenie lub zmniejszenie czynności obu części przysadki lub też każda część może być z osobna we zmożonej lub osłabionej czynności. I tak wzmożona czynność przedniej części przysadki w okresie przed dojrzewaniem płciowem wzmaga rozwój kośćca, czyli wpływa na rozrost, o formach i stosunkach zresztą proporcjonalnych. Engelbach i Tierney rozróżniają trojaki typ wzrostu: normalny, akromegaliczny i eunuchoidalny (za podstawę proporcjonalności wzrostu i części ciała między sobą służą liczby t. zw. wymiaru górnego i dolnego t. j. od szczytu głowy do spojenia kości łonowej i od podstawy do spojenia). Niedomoga zaś (hipofunkcja) tylnego płatu przysadki daje wybitniejsze objawy, niż jego hiperfunkcja, i to z zakresu przemiany materji: niską podstawową przemianę, zwiększoną tolerancję węglowodanową, niskie ciśnienie krwi, podnormalną ciepłotę ciała, zwolnione tętno, atoniczne zaparcie, otyłość w pasie i sutkach, znaczne męczenie się, ogólną niemoc, bóle głowy, i czasem zaburzenia w wydzielaniu moczu (moczówka prosta). Ważnem jest z punktu rozpoznawczego podkreślić i te objawy — trafia się bowiem, iż pewne przypadki rozpoczynają się wzmożoną czynnością przedniej części przysadki czy to przed, czy to po dojrzewaniu płciowem, a następnie przechodzą w niedomogę jednej lub obu części przysadki. Klinicznie przedstawia się to tak, iż zespołowi gigantyzmu lub akromegalji towarzyszą objawy niedomogi przysadkowej. U panny 21 lat, z ujemną anamnezą rodzinną i dziedziczną, wystąpiły od kilku miesięcy silne bóle głowy, ogromne wyczerpanie z osłabieniem, schudnięcie i brak apetytu, napady omdlenia bez utraty przytomności, zawroty głowy przy zmianie pozycji leżącej lub siedzącej na stojącą, Miesiączkowanie prawidłowe Budowa prawidłowa, o mięśniach prawidłowo rozwiniętych, wzrost 176 cm (górny wymiar ciała 88 cm dolny 88 cm rozpiętości ramion 17. cm). W budowie twarzy zaznaczony prognatyzm. Tarczyca wyraźnie powiększona. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez wybitniejszych zmian.

Ciśnienie krwi 100—114 mm, rozkurczowe 68—80 mm Uwłosienie i skóra prawidłowe. W moczu brak białka i cukru, ślad acetonu — w krwi Hb 70%, ciałek białych 11.200, czerwonych 3,640.000 — jakościowy stosunek ciałek białych prawidłowy. W surowicy krwi zwiększona tolerancja na cukier gronowy. Odczyn Wassermanna ujemny. Wzmożenie współczynnika oddechowego o 23%. Ciepłota przeważnie podnormalna z podniesieniami przejściowemi w ciągu dnia 37,5. Tętno stale między 60 a 80. Badanie rentgeniczne klatki piersiowej i podstawy czaszki bez wybitniejszych zmian. Próba Goetscha (inj. adrenaliny $^1/_2$ mgr) dodatnia, a pituitrynowa ujemna, po leczeniu zaś kilkotygodniowem dodatnia.

Rozpoznaniem różniczkowem wykluczył autor gruźlicę płuc, neurastenję (znakomity stan zdrowia do czasu wybuchu choroby, brak etjologicznych momentów, wybitne zmiany w przemianie materji, zespół Menière'a z braku charakterystyki objawów) i przechodzi do różniczkowania w zakresie gruczołów dokrewnych.

1. niedomoga gruczołów płciowych niema miejsca wobec prawidłowego rozwoju i czynności narządów płciowych.

2. niedomoga nadnerczy — brak objektywnych danych, albowiem niskie ciśnienie krwi, astenja i t. p. są charakterystyczne i dla niedomogi innych gruczołów dokrewnych, przedewszystkiem tylnego płatu przysadki, a więc niedomoga nadnerczy mogłaby być tylko wtórną.

3. **Przysadka:** część przednia: Objawami przebytej wzmożonej czynności przed dojrzewaniem płciowem, szybki wzrost ciała (osiągnięcie obecnego wzrostu już w 14 roku życia) obok zaznaczonego prognatyzmu dolnej szczęki i inne drobniejsze szczegóły, jak duża głowa, duże ręce i stopy

lecz proporcjonalne, zupełny rozwój narządów płciowych z tendencją do zwiększonego rozwoju macicy.

Część tylna: Objawami niedomogi są niskie ciśnienie krwi, bóle głowy, zwiększona tolerancja dla węglowodanów, uparte zaparcie stolca, uczucie słabości i łatwe nużenie się i zwiększona tolerancja dla pituitryny.

4. **Tarczyca**: Objawy wzmożonej jej czynności i powiększenie gruczołu, zwiększenie współczynnika oddechowego (podstawowa przemiana materji), schudnięcie i dodatni odczyn Goetsch'a.

Z powyższej analizy wynikałoby rozpoznanie: objawy przebytej hiperfunkcji płatu przedniego przysadki przed rozwojem płciowym, obecnie hipofunkcji, czyli niedomogę płatu tylnego po dokonanym rozwoju płciowym przy normalnie funkcjonującym płacie przednim przysadki, nieznaczne wzmożenie czynności tarczycy.

Leczenie polegało na podaniu doustnem wyciągu z przysadki całej oraz dwa razy w tygodniu podskórnie 1 cm^3 pituitryny.

Wywarło ono znakomity skutek w postaci przybytku na wadze 4 kg po 7 tygodniach, ustąpienie bólów głowy i zawrotów, oraz ogólną poprawę. Badanie następowe wykazało teraz podniesienie przeciętnego ciśnienia krwi, powrót do normy tolerancji dla cukru, oraz obniżenie współczynnika oddechowego, dodatnią próbę pituitrynową.

Frederick S. Hammet. **Krzywica i ciałka przytarczyczne.** Autor przestrzega przed łączeniem w związek przyczynowy krzywicy z ciałkami przytarczycznemi (Erdheim) i wykazuje, iż jakkolwiek krzywica i niedomoga ciałek przytarczycznych wywołują obie zwolnienie kostnienia u młodych i rosnących zwierząt, jednak różnią się zasadniczo zaburzeniami w przemianie mineralnej.

W krzywicy bowiem zmniejszona ilość fosforu w krwi przy normalnej zawartości wapna daje zmniejszone miano połączenia fosforu wapniowego, co jest ważnym czynnikiem w tworzeniu się kości, (tran zaś podnosi to miano fosforowe) — w niedomodze zaś ciałek przytarczycznych jest mniej wapnia we krwi przez utratę z ustroju, przy wysokiej zawartości fosforu, co wpływa na skład popiołu kostnego, czyli objaw wprost przeciwny, do krzywicy.

Maciąg (Kraków).

Russki Wiestnik dermatologji.
Nr. 1. r. 1925.

W. Balicka. **Lichen ruber planus u sześciomiesięcznego dziecka.** Autorka szczegółowo omawia piśmiennictwo, poświęcone schorzeniu, podanemu w tytule. W piśmiennictwie mogła ona zebrać zaledwie 9 opisów choroby tej u dzieci w okresie pierwszego roku życia. Rzadkość występywania wspomnianej choroby zachęciła autorkę do ogłoszenia przypadku, który spostrzegała na kobiecym oddziale weneryczno-skórnym R. Leszczyńskiego we Lwowie. W przypadku tym rozpoznano klinicznie: *Lichen ruber planus infantilis partim versum cicatrices hypertrophicas tendens.* Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie już nie tylko ze względu na wiek chorego lecz także i ze względu na rozległość samych zmian skórnych, którym towarzyszyły objawy nieżytu przewodu pokarmowego; fakt ten może jeszcze raz potwierdzić zdanie Schütz'a, że w wspomnianych przypadkach zachodzi zapewne autointoksykacja, gdyż w $^1/_5$ części podobnych chorych stwierdzano zwykle nieżyt przewodu pokarmowego. Dalej zasługuje na uwagę nagłe wystąpienie tego schorzenia z wysoką ciepłotą i osutką na całem ciele. Pomimo rozległości zmian skórnych ogólny stan zdrowia jakoteż rozwój dziecka odbywa się zupełnie prawidłowo. Wreszcie autorka zwraca uwagę na sposób inwolucji — w niektórych tylko miejscach pozostała zaledwie pigmentacja, w innych znowu — rozrosłe blizny o spoistości wyraźnie miękkiej.

W. J. (Lwów).

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.
Tom LV.

Seuffer. **Gospodarstwo wodne przy gruźlicy płuc i wpływ na nie środków swoistych i nieswoistych.** Autor stwierdził słuszność wyników poszukiwań Meyer-Bischa o wpływie tuberkuliny, która sprawia zmianę w stosunku pomiędzy wagą ciała a stężeniem surowicy krwi. Nie zgadza się jednak na to, by wpływ tuberkuliny był zawsze ten sam. Nie może metody tej uważać za metodę kliniczną.

Guth. **Gruźlica płuc i układ nerwów roślinnych. Komunikaty trzeci i czwarty.** Allergja zależy od swoistego ustawienia się wrażliwości nerwów roślinnych — na zarażenie lasecznikiem Kocha. Ale i tuberkulina sama przez się wywołuje też allergję i też zależną od stanu nerwów. Dlatego w leczeniu tuberkuliną należy uwzględniać stan nerwów. Autor stosował tuberkulinę współcześnie z adrenaliną; powodzenie tego lecznictwa wymaga podawania naparstnicy i wapnia.

Huebschmann. **W sprawie podziału i powstawania zmian anatomicznych przy gruźlicy płuc przewlekłej.** Autor przypisuje wielkie znaczenie przy powstawaniu gruźlicy przewlekłej rozsiewaniu zarazków drogą krwi — w przeciwieństwie do Aschoffa, który główną drogę upatruje — w tym okresie — w świetle oskrzeli. Autor uważa za możliwe wydostawanie się zarazków nawet z głębi ognisk dobrze otorbionych. Autor daje pierwszeństwo *reinfectioni endogenes* nad *reinfectio exogenes.* Zapobieganie określa, jako stałe utrzymywanie w pogotowiu środków oporności (nieswoistej) ustroju.

Jötten. **Przychodnie przeciwgruźlicze: jakiemi są i jakiemi być powinny.**

Unverricht. **Doświadczenia nabyte przy kaustyce pod kontrolą torakoskopji i laparoskopji.** Autor opiera się na czterdziestu własnych spostrzeżeniach, przepalania zrostów opłucnowych podczas leczenia odmą sztuczną. Korzysta z modyfikacji przyrządu Jacobaensa. Częste bywały powikłania zap. opł. ropnem. W jedenastu przypadkach wynik wolno nazwać zadawalającym.

Winkler. **O jakości szmeru oddechowego.** Autor mówi o czterech rodzajach szmerów: o głośnym, dźwięcznym, wysokim i czystym, lub cichym, bezdźwięcznym, niskim i nieczystym. Oddech fizjologiczny pęcherzykowy jest bezdźwięczny.

Selter. **Obecne poglądy na odporność gruźliczą.**

Krimphoff. **Wartość praktyczna określania szybkości opadania ciałek czerwonych przy gruźlicy płuc.** Autor znajduje parę zastrzeżeń przeciw opieraniu się wyłącznemu na wynikach tej metody przy stawianiu rokowania.

Schmidt. **Wartość kliniczna próby opadania czerwonych ciałek krwi przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc.** Uznaje wartość tej metody, jakkolwiek nie jest ona swoista.

Brandt. **Znaczenie zapalenia opłucnej, wikłającego gruźlicę płuc, dla rokowania.** To powikłanie nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy płuc. Po trzech latach od opuszczenia sanatorjum zmarło o wiele więcej tych chorych, którzy mieli to powikłanie, aniżeli przeciętna.

Altesthum. **O szybkości opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy płuc.** Autor uznaje dużą wartość tej metody przy określaniu nasilenia sprawy swoistej.

Tom LVI.

Frisch. **O czynności nerek i gospodarstwie wodnem podczas gruźlicy płuc.** W postaciach łagodnych gruźlik z przyjętych płynów wydziela z moczem więcej, aniżeli w postaciach cięższych; należy przypuścić, że zwiększa się tu perspiracja płucna płynu. Przyczynę zmniejszonej ilości moczu u ciężko chorych widzi F. w czynnikach pozanerkowych: w ciśnieniu pęcznienia białkanów osocza krwi, którego (ciśnienia) wzrost hamuje, a obniżenie sprzyja diurezie. Ciśnienie to zależy od stopnia rozproszenia (*dispersitas*) białka osocza, mianowicie: jest ono tem większe, im więcej zawiera cząsteczek białka drobno rozproszonych. Najniższą cząsteczką dispersyjną białka jest fibrinogen. Im cięższa gruźlica, tem jest fibrynogenu we krwi więcej; wraz z tem mamy wówczas zwiększone ciśnienie pęcznienia i zdolność osocza wiązania wody — czyli zmniejszone moczenie. Wydolność nerek w stosunku do wody jest zatem też metodą określania stanu sprawy gruźliczej.

Kern i Béla. **O możliwości wyleczenia gruźlicy prosówkowej płuc.** Przypadek wyleczenia; potem nawrót i śmierć z powodu zapalenia opon mózgowych. Rozpoznanie sekcyjne:

Tuberculosis pulmonis miliaris sanata. Meningitis basilaris tuberculosa.

Spiess. **O próbie opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy płuc.** Z pewnemi zastrzeżeniami autor uznaje wielką wartość tej próby.

Eiche. **Wartość rokownicza obrazu krwi przy gruźlicy płuc w przebiegu leczenia sanatoryjnego.** Zwiększona ilość limfocytów i oezyno-chłonnych pozwalają na dobre rokowanie; ale ilość normalna nie wyklucza pomyślnego zejścia choroby. Brak eozyno chłonnych — parokrotnie stwierdzony— daje rokowanie bezwzględnie złe.

Sprawozdanie z posiedzenia niemieckiego »Stowarzyszenia lekarzy sanatoryjnych« w Jenie i Mannheim.

Sprawozdanie z drugiego zebrania niemieckich lekarzy przychodni dla gruźliczych w Mannheim.

Tom LVII. Zeszyt 1.

Wallgren. **Pogorszenie gruźlicy wnęki pod wpływem rumienia guzowatego.** Pięć dokładnie spostrzeganych przypadków, które dowodzą słuszności poglądu, że rumień guzowaty ujawnia skrytą i pogarsza jawną gruźlicę.

Michels. **Badania krwi ze szczególnem uwzględnieniem krwinek eozyno chłonnych po leczeniu tuberkuliną i odmą.** Zwiększona ilość eozyno-chłonnych po tuberkulinie idzie równolegle z poprawą. To samo widzimy przy leczeniu nieswoistem. U czterech z siedmiu leczonych z powodzeniem odmą sprawdzono wzrost ilości eozyno-chłonnych. Autor uważa to za działanie autotuberkulinizacji.

Bratusch-Marrain. **Zaraźliwość gruźlicy oseskòw.** Dwa spostrzeżenia. W jednym przypadku zaraził osesek z otwartą gruźlicą dwa inne.

Vogel-Eysern. **Stosunek przemiany materji do przebiegu gruźlicy.** Doświadczenia oddechowe podług Zuntz-Gepperta doprowadzają autora do wniosku o użyteczności tej metody w celu ujawnienia stanu sprawy gruźliczej w płucach.

Schellenberg i Naucke. **Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy.** »Dla oceny charakteru anatomo-patologicznego sprawy chorobowej w płucach daje niepewną podstawę«. Dla oceny rokowania zdaje się ta próba być pożyteczną, »szczególniej w przypadkach ciężkich a klinicznie-prognostycznie wątpliwych«.

Dudden. **O rozwoju fizycznym dziecka gruźliczego.** Autor ostrzega przed przypisywaniem zbyt wielkiej wartości — przy rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci — takim objawom, jak: długość ciała, waga, grubość podściółki tłuszczowej.

Schlaepfer. **Wpływ przewlekłych stanów zastoinowych w płucu na powstawanie połączeń atypowych z żyłą pustą górną; zawiera przyczynek do zagadnienia zatoru powietrznego w krążeniu wielkiem i sercu prawem.** Jeżeli istnieją współcześnie: przewlekły zastój w żyłach płucnych i zrosty opłucnej, natenczas dochodzi do powstawania połączenia pomiędzy żyłami płucnemi i żyłą pustą górną poprzez zrosty opłucnowe. Zranienie takiego połączenia podczas leczenia odmą sztuczną może być przyczyną zatoru gazowego w sercu prawem.

Patschkowski. **Pylice płuc wśród górników węglowych w Westfalji.** *Anthracosis* i *chalicosis* są częste; pierwsza jest postacią mniej szkodliwą. Gruźlica przyłączająca się do *chalicosis* przebiega złośliwie.

Gehrcke. **Torakoskopja jako środek pomocniczy rozpoznawczy i leczniczy przy chorobach narządów klatki piersiowej.** Rozpoznawczo należy stosować torakoskopję przy cierpieniach opłucnej; leczniczo — w celu przepalenia zrostów podczas leczenia odmą sztuczną. Nie należy jednak torakoskopować świeżej odmy, ponieważ opłucna jest jeszcze bardzo łatwo urażalna, reaguje wysiękiem.

S. Sy.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 46.

E. Epstein. **Przyczynek do patologji, chemji i systematyki choroby Gauchera.** Z objawów klinicznych ch. G. wysuwa się na plan pierwszy bardzo znaczne, nieraz wprost niezwykłych rozmiarów dochodzące powiększenie śledziony, powiększenie wątroby bez płynu w jamie brzusznej oraz znaczna niedokrewność bez charakterystycznych zmian w obrazie krwi. Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły.

Od czasu odkrycia tego stanu chorobowego przez Gauchera w r. 1882 znanych jest 31 przypadków (łącznie z 6 przypadkami autora), w których rozpoznanie ustalono przez wynik obdukcji względnie przez badanie histologiczne wyciętej *e vivo* śledziony. Anatomicznie cechuje się ch. G. wielkokomórkowemi zmianami w t. zw. układzie histjocytarnym śledziony, wątroby, szpiku kostnego i tkanki limfoidalnej. Komórki te są wielkie, okrągłe, jasne i zawierają nader liczne jakby »wodniczki«, wypełnione jednorodną substancją.

Co do histjogenezy tych komórek istniało zapatrywanie Schlagenhoufera, jakoby proces ten polegał na pierwotnym przeroście śledziony z proliferacją tkanki siateczkowej. Dopiero badania Goldmanna, Aschoffa i jego uczniów (przedewszystkiem Kyiono, który uważa komórki aparatu śródbłonkowo-siateczkowego jako stałe a krążące we krwi monocyty jako wolne histjocyty za jednolitą pod względem biologiczno-czynnościowym całość t. zw. układ histjocytarny) wykazały, że ch. G. jest schorzeniem systemowem elementów komórkowych wspomnianego układu histjocytarnego, równorzędnem z podobnemi schorzeniami układu szpikowego i chłonnego narządów krwiotwórczych. Badania autora potwierdzają w zupełności powyższe zapatrywanie.

Co do chemicznego składu substancji, stanowiącej treść »wodniczek« komórek Gauchera, badania własne autora, przeprowadzone w instytucie Pregla w Grazu, wykazały, że substancja ta niema jednolitej budowy chemicznej, stanowi raczej kompleks ciał, z których najważniejsze zidentyfikował prof. Lieb jako t. zw. kerazynę z grupy cerebrozydów (sfingogalaktozydów); również wchodzą w skład substancji Gauchera nierozpuszczalne w eterze, rozpuszczalne zaś w alkoholu połączenia z grupy nasyconych fosfatydów; natomiast wykluczyć można z pewnością cholesterynę względnie estry cholesterynowe, jakoteż rozpuszczalne w eterze lecytyny.

Co do etjologji to przyczyna pierwotna jest nieznana. Familijne występowanie ch. G. we więcej niż jednej trzeciej części przypadków jakoteż przewaga udziałów w zachorzeniach osobników płci żeńskiej nasuwa na myśl przypuszczenie o konstytucjonalnej dyspozycji jednostki. Doświadczenia zaś Kuczinskiego, który przez długotrwałe podawanie zwierzętom pożywienia bogatego w lipoidy i białko względnie przez krócej trwające wstrzykiwanie tych ciał zdołał wywołać zmiany całkiem podobne do objawów ch. G. u ludzi, pozwalające przyjąć istnienie jakiegoś czynnika trwającego, który przewlekle drażni i pobudza do bujania układ histjocytarny. Taką rolę mogłaby odgrywać np. gruźlica, którą stwierdzono sekcyjnie w zwyż 20% przypadków ch. G. jako przyczynę śmierci.

H. Gödel. **Przyczynek do znajomości t. zw. miąższowych krwotoków żołądka.** Opis przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnem w tydzień po ostatnim krwotoku wśród objawów ostrej niedokrwistości. Obdukcja nie wykazała żadnego wrzodu ani żadnych zlokalizowanych zmian w przewodzie pokarmowym, natomiast stwierdzono znacznego stopnia miażdżycę naczyń żołądka z wytworzeniem prosówkowych tętniaków oraz przewlekły stan zapalny błony śluzowej żołądka. Autor zwraca uwagę, że schorzenie naczyń żołądka musi wpływać niekorzystnie na czynności żołądka, czego anatomicznym wyrazem jest przewlekły nieżyt żołądka. Klinicznie zatem trzeba przy zaburzeniach ze strony żołądka myśleć także o naczyniach żołądka, jako o ewentualnej przyczynie choroby.

T. Koizumi. **Eksperymentalny przyczynek do działania krysolgnau na lasecznika gruźlicy.** Badania autora wykazują dowodnie, że krysolgan niema żadnego wpływu na przebieg gruźlicy nawet w najdogodniejszych warunkach, a także *in vitro* nie udało się zabić laseczników gruźlicy zapomocą 1% roztworu krysolganu.

Finkel (Lwów).

Zeitschrift für die gesammte experim. Medizin.

Bd. 43.

P. Freund. I. **O wpływie thyreoidyny na przebieg gruźlicy eksperymentalnie wywołanej u świnek morskich.** Autor zakaził 12 świnek morskich gruźlicą, poczem od 7-go dnia injekcji podawał siedmiu świnkom *thyreoidynę* w dawce po 0,02 dziennie; pięć pozostałych służyło dla kontroli. Okazało się, że wszystkie żywione *thyreoidyną* zaczęły natychmiast opadać na wadze i ginęły najpóźniej w 8 tygodni od zakażenia, podczas gdy kontrolne znajdowały się jeszcze w dobrym stanie i ginęły w 99—106 dniu.

Stąd autor wysnuł wniosek, że *thyreoidyna* skraca życie gruźliczych świnek morskich — wpływając bezpośrednio na przebieg gruźlicy.

I. R. Petroff. **Badania nad wydzielaniem żółci. I sze doniesienie.** Tworzenie się żółci jest ciągłe, przyczem ilości żółci, które z *ductus choledochus* (po podwiązaniu *d. cysticus)* u jednego i tego samego zwierzęcia się wydzielają, są przy odczytywaniu w odstępach 1 min. stałe. Wydzielanie żółci zależne jest od ruchów oddechowych — niezależne natomiast od ciężaru ciała i wątroby.

II. doniesienie. Autor wywoływał u królików i psów acholję w ten sposób, że głodził zwierzęta i równocześnie odprowadzał żółć na zewnątrz. W ten sposób materjał potrzebny do budowy pojedynczych składników żółci ulegał wyczerpaniu. Przy sposobności autor przekonał się, że ciężar gatunkowy i procentowa ilość kwasów żółciowych w wypływającej żółci opadają znacznie poniżej normy podczas głodzenia i odprowadzania równocześnie żółci na zewnątrz — wzrastają natomiast przy samem tylko głodzeniu.

Po wprowadzeniu żółci do organizmu — acholja szybko ustępowała (o ile oczywiście zwierzę wytrzymało eksperyment i zostało przy życiu) — z czego wynika, że mimo acholji funkcja komórek wątrobowych zostaje utrzymaną.

Nie udało się natomiast usunąć tej doświadczalnie wywołanej acholji przez wprowadzenie do ustroju sekretyny — kwasu solnego — drażnienie prądem elektrycznym miąższu wątrobowego, nerwu kulszowego — nerwu błędnego, mimo, iż funkcja komórek wątrobowych była zachowana.

Kylin. **Studja nad zawartością soli wapniowych we krwi.** Jak badania ostatnich lat wykazały nadmiar jonów wapniowych wzmaga skurcz serca — nadmiar jonów potasowych — rozkurcz.

Kraus i uczniowie wykazali, że działanie potasu identyczne jest z działaniem kwasów, soli wapniowych z działaniem ługu.

Ponieważ Straub wykazał, że w stanach niewyrównania wad serca ilość zasad we krwi się zmniejsza — autor chciał się przekonać, jak się przedstawia koncentracja soli wapniowych we krwi i przesiękach właśnie w stanach niewyrównania wad serca — i stwierdził, że rzeczywiście w tych stanach ilość soli wapniowych we krwi wybitnie opada poniżej normy — wzrasta zaś w przesiękach.

Na tej podstawie autor począł podawać w klinice chorym z wadami serca w okresie niewyrównania sole wapniowe — o wynikach ma donieść w następnej pracy.

F. Bertram. **O znaczeniu caseosanu w leczeniu cukrzycy.** Autor wywoływał u psów cukrzycę przez podwiązanie i przecięcie *ductus pancreaticus* i przekonał się, że można w ciągu 24 godzin obniżyć ilość cukru we krwi do normy — a z moczu zupełnie go usunąć przez podanie 0,75 cm³ *caseosanu* na 1 kg ciała.

Dotyczy to psów w dobrym stanie po operacji będących, bo w przypadkach uszkodzenia wątroby lub gorączki *caseosan* zupełnie nie wpływał na ilość cukru.

Niestety w klinice doświadczenia te zawiodły — okazało się, że w ciężkich i średnio ciężkich przypadkach cukrzycy *caseosan* nie działał zupełnie — a tylko w lekkich przypadkach można było przy użyciu *caseosanu* podnieść tolerancję i wpłynąć dość szybko na wzrost wagi ciała.

H. Küstner. **Przyczynek do nauki o zapaleniu.** Autor wywoływał procesy zapalne na spojówce królika i przekonał się, że przekrwienie bezpośrednio występujące jest wprawdzie następstwem działania czynnika szkodliwego (termicznego w doświadczeniach autora), ale może ono też wystąpić na drodze odruchowej. Chemotaktyczne wywędrowanie leukocytów nie zmienia się po przecięciu nerwów czuciowych — wzmaga się po sympatektomji — słabnie przy ograniczeniu dopływu krwi tętniczej, względnie przy obniżeniu ciepłoty.

E. Gilbert. **O wydzielaniu soli wapniowych drogą żółci.** Z doświadczeń przez autora przeprowadzonych wynika, że wątroba obok nerki jest głównym organem wydzielającym sole wapniowe. I tak żółć zawiera $^2/_3$ tej ilości soli wapniowych, które są wydzielane moczem.

Czapnicki (Kraków).

Münchener mediz. Wochenschrift.

Nr. 50. 1924.

W. Lahm. **»Vagintus, nowy środek do leczenia upławów«**, kwaśny preparat kolloidalnego glinu (alkaliczny preparat pod nazwą *»alformin«* używany jako *adstringens* do płukaniu jamy ustnej), stosowany przy upławach daje dobre naogół wyniki. Preparat ten powstrzymuje rozwój *bact. coli, bac. pyocyaneus* i *bac. proteus*, znacznie zmniejsza wzrost stafylokoków, nie przeszkadzając rozwijaniu się *sarcin*. Niestety nie przeszkadza również rozwijaniu się dwoinek Neissera, ani *oidium albicans*, nadto preparat w handlu się znajdujący jest niejałowy.

Nr. 51. 1924.

E. O. Manojłow. **Dalsze doświadczenia z moją reakcją chemiczną krwi do oznaczenia płci u ludzi i zwierząt, a przez chlorofil u roślin.** Przy użyciu trzeciej modyfikacji swojej reakcji autor otrzymywał 86—96% wyników dodatnich, odróżniając krew osobników męskich i żeńskich. Przy badaniu krwi pępowinowej jego metodą uzyskano 79% dobrych wyników. Badanie krwi ciężarnych pozwoliło w 72% do 88% przypadków rozpoznać płeć płodu.

Nr. 52. 1924.

E. Gurewicz. **Oznaczenie płci płodu przy pomocy chemicznej reakcji krwi matki według Manojłowa.** W 87—89% badanych krwi matek oznaczono dobrze płeć płodu.

Nr. 51. 1924.

Rissman. **Czas trwania ciąży, a rozwój dziecka.** Na podstawie dokładnych pomiarów uważa autor za dzieci donoszone, t. j. przynajmniej 280 dni po menstruacji, albo 270 dni *post coitum*, te dzieci, które mają przynajmniej 50 cm długości, przy wadze przynajmniej 3000 gr, i z obwodem głowy przynajmniej 33 cm. Płody, nieposiadające powyższych wymiarów uważa za niedonoszone.

W. Meyer. **Nasze doświadczenia z hypophenem Gehe.** W 120 przypadkach położniczych stwierdzono:

1. W pierwszym okresie porodowym działanie *hypophenu*, podobnie jak i pituitryny i pituglandolu, nie daje pożądanego wyniku.

2. Koniec pierwszego okresu porodowego w przypadkach pierwotnie słabych bólów porodowych *(inertia uteri primaria)* i wtórnego osłabienia bólów porodowych *(inertia uteri secundaria)* daje wyniki bardzo dobre (chemiczne kleszcze według określenia Liebmanna) w 70% przy ujściu zupełnie lub prawie zupełnie rozwartem, a główce płodu na dnie miednicy lub przynajmniej po przejściu wchodu największym wymiarem. Uszkodzeń płodów nie obserwowano. *Hypophen* daje słaby efekt u starych pierwiastek, u których długo trwał pierwszy okres porodowy. Dawkowano w tych przypadkach 5 cm³ wśródmięśniowo.

3. W drugim okresie porodowym (w kilku przypadkach dawkowano również 1 cm³ wśródżylnie) jest efekt również dobry.

4. W trzecim okresie porodowym działanie *hypophenu*, podobnie, jak i pituitryny i pituglandolu, jest najefektowniejsze i to również w przypadkach *retentio placentae post partum*, jak i w przypadkach atonicznego krwotoku.

Za błąd w sztuce uważa ręczne wydobycie łożyska, bez poprzedniej próby usunięcia łożyska po injekcji wśródżylnej preparatu z przysadki mózgowej.

Ponadto stosowano (6—8—10 cm³ w fizjologicznym roztworze soli od 2 g. wśródżylnie) w przypadkach *ileus atonicus* z bardzo dobrym wynikiem i również z dobrym

wynikiem w przypadkach ciężkich stanów septycznych do podtrzymania i poprawy czynności serca, i to przy dawkowaniu w odstępach 1—2—3 godzinnych podskórnie naprzemian 1 cm^3 20% koffeiny, $^1/_2$—1 cm^3 epinefryny lub suprareniny i 1 cm^3 pituglandolu albo *hypophenu*.

Dr. Mueller.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 stycznia 1925.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 109 członków.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa św. p. prof. Fr. Nowotnym — poczem przystąpiono do przedstawienia sprawozdań ustępującego Wydziału za rok 1924.

Przewodniczący dziękuje członkom Zarządu za współpracę — członkom Towarzystwa za pilne uczęszczanie na posiedzenia Towarzystwa i prelegentom za liczne i wartościowe odczyty.

Kol. Zubrzycki odczytuje **sprawozdanie roczne.**

Ruch naukowy i towarzyski w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem był nie mniej ożywiony, jak w roku ubiegłym. Posiedzeń naukowych odbyło się w roku 1924 31, średnia liczba uczestników wynosiła około 80. Na posiedzeniach wygłoszono 31 odczytów, przedstawiono 85 przypadków. Przemawiało w dyskusji 86 kolegów. Z 31 odczytów było z zakresu: historji med. 2., epidemjologji 1., chorób wewnętrznych 9., chorób dzieci 2., chorób oczu 1., chorób nerwowych i umysłowych 4., chirurgji 3., chorób kobiecych i położnictwa 2., anatomji patol. 2., fizjologji 3., spraw ogólno lekarskich 2. Z przypadków przedstawionych przypada, na: chirurgję 11, higjenę 1., choroby krtani 3., choroby wewnętrzne 14., choroby skórne i weneryczne 15., choroby oczu 6., choroby kobiece i położnictwo 21., choroby dzieci 1., medycynę sądową 5., radjologję 1., choroby nerwowe i umysłowe 9.

Zabierali głos w Towarzystwie, bądźto wygłaszając odczyty, bądźteż przemawiając w dyskusji, nie tylko członkowie Towarzystwa, ale także goście, jak n. p. kol. Domaszewicz ze Lwowa, p. Rostworowski i dyr. Miksiewicz z Krakowa.

Sprawa prenumeraty Polskiej Gazety lekarskiej znowu była omawiana na jednem z posiedzeń.

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem zebrania towarzyskie, na których zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 3, a wypełniły je odczyty »O psychologji narodów« (Rostworowski), »O podatku majątkowym« (Jaśkowiec). »Czy należy wierzyć Euklidesowi« (prof. Wilkow).

Ruch członków w Towarzystwie przedstawiał się następująco: przyjęto nowych członków 25, zmarło 5, wystąpiło 9, obecnie liczy Towarzystwo 259 członków.

Żywotności Towarzystwa dowodzi pozatem i to, że poza sprawami naukowemi i ogólno-lekarskiemi, zajmowało się T wo kwestjami społecznemi, i tak odbyło jedno posiedzenie wspólnie z Tow. higjenicznem; na jednem poruszono sprawę subskrypcji akcji Banku emisyjnego, a na innem wreszcie sprawę Ratunkowego Komitetu biskupiego, przyczem uchwalono dobrowolnie opodatkować się na cele tego komitetu. Zebrano razem, jak dowodzą kwity, 1,217,270.000 Mkp., które odesłano na ręce skarbnika Komitetu.

Kol. Maksymiljan Blassberg: **Sprawozdanie ustępującego bibljotekarza Krakowskiego Tow. lekarskiego za rok 1924.** Z końcem roku 1924 znajduje się w bibljotece 12.395 dzieł, broszur i monografij oraz 786 czasopism i wydawnictw perjodycznych zainwentaryzowanych i skatalogowanych. W ciągu roku 1924 wypożyczono z bibljoteki książek lub czasopism 42 — zwrócono 29 — pozostaje zaległych na rok następny 13. Liczba członków, korzystających z bibljoteki w roku 1924 wynosiła 18. Jak dawniej, tak i w roku 1924 otaczał bibljotekę niezmienną, szczególną opieką prof. Ciechanowski, nadsyłając wciąż liczne czasopisma i książki. Oprócz tego wpłynęły w ciągu roku znaczniejsze i cenne dary od drów Grzybowskiego, Kunickiego, prof. Talko-Hryncewicza i dr. Weinsberga. Stan kasy podręcznej wynosi 1 zł.

Ostatnie lata wykazały zastój w rozwoju bibljoteki, na co złożyły się 3 ważne czynniki. Jednym z nich były stosunki wywołane przez wojnę, gdyż powołanie bibljotekarza do wojska spowodowało długą przerwę w urzędowaniu. Drugim czynnikiem było zwinięcie »Przeglądu lekarskiego«, wskutek czego bibljoteka doznała dotkliwego ubytku licznych najnowszych czasopism lekarskich oraz licznych najnowszych dzieł recenzyjnych, stale nadsyłanych do bibljoteki przez redakcję »Przeglądu lekarskiego«. Trzecim wreszcie były trudności finansowe Towarzystwa. Z powodu braku środków pieniężnych nie można było książek, ani pism kupować, ani też opłacać pomocnika bibljotekarza, jak dawniej. Przez miesiące zimowe z powodu nieopalania bibljoteki urzędowanie bibljotekarza szwankowało. Z powodów powyższych musiano zwinąć czytelnię najnowszych czasopism. Ten czas krytyczny starał się bibljotekarz zużytkować na katalogowanie i inwentaryzację zaległości wojennych oraz na odtworzenie katalogu działowego, któryby ułatwiał pracownikom naukowym orjentację w materjale bibljotecznym. Nadto w ciężkim okresie dewaluacji pieniędzy pospraw ał on półki na książki, wypełniające dwie sale nowe, użyczone bibjotece przez Izbę lekarską, a część przepełnionej bibljoteki przeniósł w uporządkowanym stanie do jednej z tych nowych sal. Nowy Zarząd bibljoteki, zastając w obecnej chwili zdrowsze stosunki finansowe, będzie musiał pozyskać odpowiednie fundusze dla naprawy powyższych braków i pchnięcia rozwoju na nowo na właściwe tory, oraz ukończyć przy pomocy płatnego funkcjonarjusza inwentaryzację zaległości i katalog działowy. Nie należy zaniedbać tej bibjoteki, która już dotąd wielu pracownikom przysłużyła się wydatną pomocą w pracy naukowej, a w przyszłości przy odpowiednich środkach może i powinna celowo i planowo podążać w kierunku spełniania swych szczytnych zadań. Ustępując z Zarządu Bibljoteki wyraża kol. B. szczere podziękowanie Zarządowi za życzliwe poparcie jakiego jako bibljotekarz zawsze t. j przez lat kilkanaście od niego doznawał.

Sprawozdania z działalności za rok 1924 złożyli również: Skarbnik kol. Ackerman, gospodarz domu kol. doc. Seńkowski i redaktor »Polskiej Gazety lekarskiej« kol. prof. Lenartowicz i komisja szkontrująca, która postawiła wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Wydziałowi.

W dyskusji nad sprawozdaniem redaktora Pol. Gaz. lek. zabierał głos kol. A. Wachtel.

Po zamknięciu posiedzenia sprawozdawczego przewodniczący otwiera zwyczajne posiedzenie naukowe i zawiadamia o mającym się odbyć w dn. od 23—28 kwietnia II. Kongresie francusko-polsko-lekarskim w Paryżu — na który to Komitet paryski zaprasza serdecznie lekarzy polskich wraz z żonami i córkami.

Delegatem Krak. Tow. lek. na Kongres wybrano przez aklamację prezesa Towarzystwa prof. Majewskiego.

Przewodniczący w dalszym ciągu posiedzenia zdaje sprawę z działalności Towarzystwa francusko polskiego i zawiadamia o zaproszeniu Krak. Tow. lekarskiego in gremio do zwiedzenia szpitala izraelickiego. Zawiadamia również, że Zarząd bibljoteki Bratniej Pomocy Medyków ma zamiar, celem poprawienia swego stanu finansowego, urządzić w bieżącym karnawale »Bal lekarski« i zwraca się do Krak. Tow. lekarskiego z prośbą o poparcie balu przez danie mu swej firmy i przez jak najliczniejszy współudział członków.

Wniosek Zarządu w sprawie poparcia tego przedsięwzięcia i wzięcia czynnego udziału uchwalono jednogłośnie.

Kol. Szancenbach wygłasza odczyt p. t.: **Wrażenia z podróży po Ameryce.**

Dyskusji po odczycie nie było.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe w dniu 13 lutego 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 102 członków.

1. Przewodniczący a) zawiadamia, że 1 i 2 lutego odbył się we Lwowie Zjazd Zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich, na którym reprezentował Towarzystwo Lekarskie;

b) odczytuje pismo polskiej Komisji międzynarodowej współpracy umysłowej (przy Instytucie popierania polskiej twórczości naukowej »Kasa im. Mianowskiego«) o konieczności przyjścia z pomocą bibljotece uniwersyteckiej w Tokio, zniszczonej poczas wielkiej katastrofy, jaka dotbnęła Japonję zeszłej jesieni; komisja zwraca się z propozycją nadesłania ofiar w książkach na powyższy cel.

Kol. Franke proponuje, ażeby z bibljoteki Towarzystwa Lekarskiego posłać wszelkie duplikaty polskie.

Kol. Leszczyński podnosi, że jedynie Japonja pospieszyła z pomocą przed kilku laty przy ewakuacji dzieci polskich. Obecnie musimy okazać sympatję naszą Japonji i gotowość współdziałania z nią w sprawie odbudowy jej skarbów cywilizacyjnych.

Postanowiono wysłanie duplikatów z bibljoteki Towarzystwa bibljotece uniwersyteckiej w Tokio. (Wszelkie ewentualne dary należy skierować do Związku Polskich towarzystw naukowych, Lwów, ul. Zimorowicza 9, względnie do Kasy im. Mianowskiego, Warszawa, Nowy Świat, pałac Staszica).

2. Kol. Laskownicki wygłasza **„Obecny stan techniki zabiegów wewnątrzpęcherzowych i w tylnej cewce“.** (Całość wydrukowana będzie w »Przeglądzie Chirurgicznym«).

Odczyt niniejszy jest zebraniem pewnej części doświadczeń i obserwacyj, poczynionych na oddziałach prof. Leguen'go i Mariona w Paryżu.

Podstawą zabiegów, jakie w pęcherzu wykonywać możemy, jest **metoda elektrokoagulacji.** Metoda ta polega na przemianie prądu elektrycznego (110 Volt) w prąd o wysokiem na-

pięciu (około 20 tysięcy Volt), a o małej stosunkowo sile (150–300 miliamperów). Heitz Boyer i Marion używają metody odmiennej, a mianowicie t. zw. **naiskrzania** (*etincellage*).

Metoda ta polega na tem, że przez jeszcze większe wzmożenie napięcia, a znaczne zmniejszenie siły prądu uzyskuje się iskry prawie zimne, przez co działanie na okolicę miejsca chorego jest minimalne. Elektrokoagulacja powoduje podwyższenie się ciepłoty na końcu sondy do 300—500 i 800° C. Metoda naiskrzania jest bezpieczniejszą i działa lepiej; rzadko również wywołuje krwotoki po odpadnięciu strupa z miejsca operowanego. Zasadniczą różnicą między jedną a drugą metodą jest to, że przy stosowaniu elektrokoagulacji dotykamy sondą miejsca chorego, co spowoduje znaczne podwyższenie się ciepłoty z powodu nagłego oporu, jaki prąd o wysokiem napięciu przy przejściu z przewodnika dobrego do złego napotyka (działanie czysto termiczne), przy stosowaniu naiskrzania energja potencjalna prądu wyładowuje się częściowo w postaci iskry, co powoduje raczej mechaniczne działanie prądu o wysokiem napięciu. Obie metody stosuje się przedewszystkiem w **leczeniu brodawczaków pęcherza**. Tam, gdzie nie można operować za pomocą wziernika (n. p. z tego powodu, że guz jest zaduży) niszczy się guz za pomocą jednej z tych metod po otwarciu pęcherza drogą nadłonową, by uniknąć wszczepienia brodawczaka w bliznę pooperacyjną. Do tego celu skonstruowano specjalne dość grube sondy. Zabieg zmuszeni jesteśmy niekiedy rozłożyć na kilka posiedzeń, gdy brodawczaków jest wiele lub są dość duże. W ostatnich czasach poleca Heitz Boyer wykonanie zabiegu o ile możności na jednem posiedzeniu w znieczuleniu przewodowem lub w uśpieniu. W ostatnich czasach zastosowano **elektrokoagulację w leczeniu owrzodzeń gruźliczych pęcherza**, nie ustępujących pod wpływem zwykle stosowanego leczenia, po usunięciu pierwotnego ogniska n. p. chorej nerki.

Elektrokoagulacja daje również dobre wyniki w **zapaleniach pęcherza**, określanych we Francji jako *cystites vegetantes* i w leczeniu pojedyńczych owrzodzeń trójkąta Lieutauda pochodzenia niegruźliczego. Poza temi metodami dobre usługi oddaje **wziernik operacyjny Papina**, który pozwala operować w pęcherzu za pomocą nożyka, nożyczek, łyżeczki, kleszczyków, i kleszczy do biopsji.

Wielkie usługi oddaje zwłaszcza łyżka w schorzeniach takich jak owrzodzenia pęcherza inkrustowane lub wrzód modzelowaty pęcherza.

Ze zabiegów, jakie dokonać można na ujściach moczowodowych, wymienić trzeba na pierwszem miejscu przepalenie lub nacięcie ujścia, uległego **torbielowatemu rozszerzeniu**, czego następstwem jest zwężenie światła ujścia. Naiskrzenie ujścia, którego nie można zasondować z powodu zmian w postaci *oedema bullosum*, pozwala zasondować je po kilku dniach. Także i leczenie brodawczaków śródściennej części moczowodu tutaj należy.

W usuwaniu **kamieni uwięzgniętych w ujściu** mamy do wyboru dwie metody: możemy rozszerzyć ujście przez nacięcie go nożykiem Papina lub za pomocą sondy elektrokoagulacyjnej, albo też możemy próbować usunąć kamień kleszczykami Papina.

Czynnem również powinno być nasze stanowisko w przypadkach uwięzgnięcia kamienia w części miedniczowej lub lędźwiowej moczowodu. Czasem wystarcza już zmienienie pozycji uwięzgłego kamienia za pomocą cewnika moczowodowego, czasem dopiero pozostawienie cewnika na 24 godzin powoduje odejście kamienia. Najpopularniejszą metodą jest **wstrzykiwanie** do moczowodu ogrzanej do 40° **gliceryny (10—12 cm³)**, co przez rozszerzenie moczowodu i uczynienie jego błony śluzowej śliską, ułatwia usunięcie się kamienia. Rozmaite przyrządy, służące do rozszerzania moczowodu, względnie do ściągnięcia kamienia w dół, mało znalazły zastosowania.

Do wykonywania zabiegów w szyjce pęcherza i w tylnej części cewki najlepiej nadaje się **uretrocystoskop Mac Carthy'ego**. Za pomocą tego przyrządu możemy leczyć wszystkie schorzenia tych okolic albo przez stosowanie elektrokoagulacji, albo też przez użycie narzędzi Papinowskich. Zwłaszcza do leczenia małych gruczolaków sterczа, wystających do światła cewki (*prostatiques sans prostate*) lub schorzeń wzgórka nasiennego (*verumontanum*) instrument ten doskonale się nadaje.

W dyskusji kol. Leńko: prelegent dał wyczerpujący pogląd na stan techniki zabiegów śródpęcherzowych i śródmoczowodowych i poruszył sprawę, będącą jeszcze zaledwie w zaczątku, leczenia instrumentalnego w tylnej części cewki, *veru montanum* i woreczkach nasiennych. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że opisane przez prelegenta naiskrzanie i elektrokoagulacja, przy zmianach chorobowych, o których tu słyszeliśmy, na błonie śluzowej pęcherza lub ujściach moczowodowych, należą do zdobyczy technicznych ostatnich lat, rzeczywiście wykonywanych. Posiadając stosowane instrumentarjum, pracujemy nawet w bardzo trudnych przypadkach doskonale pod kontrolą oka. Odszukanie elektrodą szypułki brodawczaka niezawsze się udaje, pewniejsze jest niszczenie od powierzchni w głąb przez odgraniczenie odcinków. Elektrokoagulacja pozostanie dla moczowodów najbardziej ekonomicznym dla zdrowia chorego zabiegiem, ponieważ bez otwierania pęcherza usuwamy torbiel, albo wypadnięcie błony śluzowej, lub brodawczaka moczowodu. Elektrokoagulacja usuwa groźne objawy nowotworu złośliwego, krwotoki, choć będzie zabiegiem tylko łagodzącym, a podobnie jak po niezupełnem wyskrobaniu brodawczaków, n. p. żołędzi lub skóry, widziano wyleczenie, tak elektrokoakulacja złośliwych brodawczaków pęcherza przynosi dłuższą poprawę. Na szeregu własnych preparatów, które mówca podaje do oglądnięcia, można studjować rozwój sposobów leczenia brodawczaków pęcherzowych lub moczowodu: jeden pochodzi jeszcze z roku 1898, inne z późniejszych lat; wszystkie, usunięto z otwartego pęcherza; kilkanaście usunął mówca śródpęcherzowo pętlą galwanokaustyczną, inne palnikiem platynowym. Dwa kapitalne okazy wskutek swoich rozmiarów nie nadawały się do leczenia techniką nowoczesną usuwania narośli z pęcherza; jeden z przed 20 lat, wagi przeszło pół kg. usunął mówca z zachowaniem wielkiej części pęcherza; drugi z 3. II. b. r., usadowiony na szerokiej podstawie, usunął mówca po wycięciu trzech czwartych ścianych pęcherza tak, iż został trójkąt i część pęcherza zeszyta w wąski kanał do wprowadzenia cewnika na stałe; ten nowotwór przerastał głębsze warstwy ściany.

Preparatów z ostatnich lat nie może mówca naturalnie pokazać, ponieważ po termokoagulacji nic nie pozostaje z nowotworu; atakować można brodawczaki większe, niż orzech włoski, i wystarcza czasem jedno posiedzenie, by guz zniknął zupełnie. Zauważyć należy, że omówione przez mówcę zachęcające wyniki, osiągnięte naiskrzaniem lub elektrokoagulacją, nie wykluczają po otwarciu pęcherza, ewentualności zabiegu operacyjnego krwawego, który zawsze jeszcze pozostałby w razie, jeżeliby nie dopisały tamte sposoby.

Kol. Mehrer metodę tę stosuje od lat 11 aparatem firmy Agena, aparatem małym, wystarczającym dla potrzeb urologa. Aparat działa dwubiegunowo. Operował nim cały szereg brodawczaków pęcherza, usadowionych w najrozmaitszych miejscach. Najdogodniej, najprzyjemniej jest operować na tylnej dolnej ścianie pęcherza, mniej dogodnie na przedniej górnej ścianie z powodu trudnego dostępu. Mówca zrobił spostrzeżenie, że metoda ta nie daje rezultatu dodatniego przy brodawczakach złośliwych, przyczyniając się tem do wczesnego rozpoznania. Przy brodawczakach złośliwych, chociaż nastąpi zbielenie, to na II. posiedzeniu stwierdzić można, że brodawczak nie tylko się nie zmniejszył, ale nawet powiększył. Następnie **rozszerzenie torbielowate moczowodu** (*dilatatio cystica*) leczą się zapomocą tej metody na jednem posiedzeniu. Mówca próbował tej metody w **ulcus vesicae simplex** z wynikiem ujemnym. **Przy przewlekłem zapaleniu pęcherza** (*cystitis cystica*) otrzymujemy dobre rezultaty, lecz tu w tem schorzeniu metoda jest bardzo mozolna, wymagająca dużo cierpliwości tak ze strony chorego, jak i lekarza. Metodę tę stosować można także w schorzeniach cewki tylnej, używając do znanych uretroskopów dla cewki tylnej odpowiednich zgłębników. Na ostatnim Zjeździe urologów w Berlinie w 1924 r. demonstrował Pretorius nową sondę dla elektrokoagulacji, której dobroć polega na tem, że jest do optyki stale przytwierdzona. Następnie zaznacza, że wszystkie metody, podane przez mówcę, przy **kamieniach moczowodowych** są mniej lub więcej dobre, czasami jednak obejść się można bez zabiegów instrumentalnych, stosując podskórnie **injekcje papaverini** w dawkach wysokich 3—4 razy dziennie po **0.01**, po których to wstrzykiwaniach kamienie moczowodowe czasami same odchodzą.

Kol. Laskownicki za najlepszy instrument uważa ogólnie we Francji używany do uretroskopji tylnej **uretrocystoskop Mac Carthy'ego**. Co do leczenia nowotworów złośliwych pęcherza, to tylko udaje się nam je uleczyć drogą operacji w bardzo wczesnym okresie. Częstokroć jednak jesteśmy bezradni. Recydywy po t. zw. radykalnych operacjach występują bardzo szybko. Leczenie zapomocą naświetlania promieniami Roentgena i radium zawiodło również. Na klinice prof. Leguen'ego leczenie to zarzucono, spostrzeżono bowiem, że metoda ta powoduje szybsze rozrzucenie się raka po całym organizmie. Jako leczenie paljatywne w celu powstrzymania krwotoków wchodzi w rachubę elektrokoagulacja. W ostatnich czasach zastosowano w **leczeniu nowotworów złośliwych pęcherza wśródżylne zastrzykiwaniami mesotorium**, które powodują zatrzymanie się całej sprawy, ustanie krwotoków i poprawienie się ogólnego stanu chorych.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 11 stycznia 1925.

Przewodniczy kol. Stawiński.

1. Goździcki odczytuje **sprawozdanie z posiedzeń klinicznych za 1924 r.** i zawiadamia, iż wyszedł z druku VII. t. Pamiętnika Klinicznego Szp. Dz. Jezus za rok 1922. Następny tom, obejmujący następne dwa lata, ukaże się wkrótce.

2. Górski przedstawia chorą l. 54., z przypuszczalnem **nietypowem porażeniem postępowem**; chora przybyła do szpitala nieprzytomna z porażeniem prawej połowy ciała i drgawkami, które się powtarzały 13 razy w ciągu kilku godzin. Przypuszczano wylew krwi do mózgu lub mocznicę. Badanie moczu dało wynik ujemny, jak również badanie krwi, Wassermann ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy przeźroczysty, w osadzie dużo leukocytów. Po nakłuciu lędźwiowem nastąpiły drgawki i poraże-

nie po 24 godzinach. Powróciła przytomność. Na dnie oka zmian niema. Po powrocie do zdrowia chora zdradza nadmierną ruchliwość, do pewnego stopnia megalomanję. Rozpoznanie przypuszczalne nietypowe, porażenie postępujące ogniskowe.

Dyskusja. Orzechowski sądzi, że przeciwko temu rozpoznaniu przemawia brak odczynu Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, za niem przemawia nagły początek, podwyższenie ciepłoty ciała i nagła poprawa. Należy jeszcze chorą obserwować oraz wziąć pod uwagę możliwość ograniczonego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

3. Freyówna przedstawia chorego z **guzem stoku Blumenbacha** i opisuję szczegółowo podmiotowe i przedmiotowe objawy tego cierpienia. Roentgenogram czaszki wykazał dość wielkie ognisko o nierównych konturach na przednio-dolnej części kości klinowej i nieznaczne zaciemnienie l. jamy Highmora (Putjanowski).

4. Zabawska-Domosławska przedstawia 15-letnią chorą **z zupełnem odwróceniem ułożeniem trzew.**

Dyskusja. Puławski przypomina, że piśmiennictwo, tyczące się przemieszczenia trzew, jest nader skąpe. Wyczerpującą pracę o tym przedmiocie i własne 2 spostrzeżenia ogłosił H. Rupert. Stawiński miał do czynienia z 2 choremi (obie dziewczyny), u pierwszej wyrostek i wątroba były przemieszczone na lewo, w drugiej jedynie wyrostek. Drozdowicz przemieszczenie trzew spotyka poraz pierwszy, chociaż prześwietlał do 40.000 osób. Zaznacza, że jedynie prześwietlenie, a nie klisza, mogą być pewnym dokumentem roentgenologicznym, a to ze względu, że, jedni roentgenolodzy wkładają klisze do kaset emulsją ku górze, inni ku dołowi kasety.

5. Puszet przedstawia preparat **raka wpustu i przełyku z przebiciem do płuc, rozpoznanem za życia.** Kliniczne rozpoznanie było związane z pewnemi trudnościami, gdyż do pewności rozpoznania brakowało wyczuwalnego guza, również zdjęcie roentgenologiczne nie wykazało ubytków cieniowych, przełyk również okazał się zupełnie drożny dla zgłębników i sondy żołądkowej. Kiedy później wystąpiły objawy zapalne ze strony lewego płuca, nasunęło się przypuszczenie, czy nie stoją one w związku z zajęciem przełyku (trudności w przełykaniu, nierówności ściany w dolnej części przełyku widoczne na roentgenogramie). Dokonana punkcja próbna do płuca ustaliła dopiero rozpoznanie przedziurawienia przełyku do płuca z wytworzeniem ogniska rozpadowego.

Dyskusja. Składowski zwraca uwagę, że guz przypomina raczej raka żołądka z pierwotnem usadowieniem przy wpuście. Do dobrego rozpoznania przyczyniło się również badanie otrzymanej zawartości przy nakłuciu próbnem: kwaśny odczyn i obecność części pokarmowych.

6) Arciszewski pokazuje przypadek **nietypowego przebiegu włóknikowego zapalenia płuc** na tle niedomogi serca wskutek starej wady i żółtaczki o charakterze czynnościowym, mechanicznym i hemolitycznym. Nietypowość zapalenia płuc polegała na tem, że objawy wysłuchowe i opukowe przemawiały za zapaleniem płuc odoskrzelowem, badanie zaś moczu (0.4 gr. chlorków na dobę) i wywiady za włóknikowem.

Dyskusja. Janowski w dłuższem przemówieniu uzasadnia rozpoznanie w danym przypadku żółtaczki trojakiego pochodzenia: czynnościowego, zastoinowego i hemolitycznego.

Wacław Goździcki, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 12 października 1924 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski.

Obecnych 10 członków.

1. Kol. Zalewski przedstawia dwa przypadki **nosa siodełkowatego**, w których wykonał plastyczną operację podniesienia grzbietu przez wszczepienie blaszki kostnej, wziętej z okostnej kości piszczelowej. W obu przypadkach zapadnięcie się nosa wystąpiło wskutek trzeciorzędnej kiły przegrody nosa.

W przypadku pierwszym dokonał wszczepienia przez cięcie Chomickiego, mianowicie na końcu nosa poprzeczne cięcie około $1\frac{1}{2}$ cm, przez które wprowadzony nożyk wytworzył kanał aż do szkieletu kostnego nosa — przez ten kanał wprowadził blaszkę kostną i ranę zeszyto. Wygojenie nastąpiło przez rychłozrost.

W przypadku drugim — część przednia nosa była dobrze utrzymana, lecz na przejściu części chrząstnej w kostną bardzo było silne zbliznowaciałe wpadnięcie. Cięcie w tym przypadku poprowadził poprzecznie u nasady nosa. Trudności sprawiało oddzielenie części miękkich w miejscu zbliznowacenia, lecz w końcu udało się wytworzyć kanał i wprowadzić blaszkę kostną. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się mała przetoka w miejscu dawnej blizny, która w ciągu dalszego leczenia zamknęła się. Mówca podnosi wartość powyższego zabiegu, przedewszystkiem ze względów kosmetycznych, ponieważ chorzy z siodełkowatemi nosami czują się bardzo upośledzeni.

2) Kol. Dobrzański omawia przypadek **plastycznego zeszycia tchawicy:** a) Chory przed 4 miesiącami dokonał zamachu samobójczego przez przecięcie głębokie brzytwą na wysokości chrząstki pierścieniowej. Był w leczeniu na oddziale nerwowym z powodu depresji psychicznej, a prócz tego w ambulatoryjnem leczeniu na Oddziale chir. Szpitala powszechnego we Lwowie. Zakażenie rany było tak silne, że gojenie trwało przez $2\frac{1}{2}$ miesięcy, przyczem po wygojeniu się rany pozostał otwór średnicy $1\frac{1}{2}$ cm i silne zbliznowacenie części miękkich okolicy rany. — Chodziło o zamknięcie otworu, którego dokonano przez plastyczne zeszycie. Cięcie okrężne z odległości $\frac{1}{2}$ cm od brzegu otworu, podpreparowanie skóry aż do brzegu i zeszycie brzegów pierścienia skóry poprzecznie ponad tem zeszycie skóry podłużnie. W miejscu skrzyżowania się szwów powstała mała przetoka, która w kilka dni później zamknęła się. Mówca podnosi, że zwyczajnego zeszycia po naświeżeniu brzegów otworu nie można było w tym przypadku zrobić z tego powodu, że ubytek w szkielecie chrzęstnym był duży (obejmował bowiem przednią część chrząstki pierścieniowej i dwa pierwsze pierścienie tchawicy). Zeszycie zwykłe jednostronne prócz tego, że dałoby zwężenie tchawicy, nie doprowadziłoby do zamknięcia tchawicowego, a sposób podany przez Thosta (odpreparowanie płatu skórnego) nie dał się zastosować z powodu silnego zbliznowacenia okolicy otworu tchawicowego.

b) Przypadek **przewlekłego ropienia ucha środkowego z przetoką za uchem** w środku blizny pooperacyjnej, wykonanej przed kilku laty. W przypadku tym po nacięciu skośnem i odsunięciu części miękkich okazało się, że jestto perlak (cholesteatoma), który wypełniał znaczną część wyrostka sutkowego, a ku górze spowodował rozmiękczenie kości aż do opony twardej środkowej jamy czaszkowej. Ubytek kostny w tym przypadku po wykonaniu operacji radykalnej był bardzo wielki. Ażeby przyśpieszyć wygojenie wpuklono w otwór kostny płat części miękkich odpreparowany z przodu (między cięciem a małżowiną). Obnażony z naskórka tak, że wypełnił on część jamy kostnej i pokrył odsłoniętą oponę twardą. W przebiegu pooperacyjnym w 5 tygodni nastąpiło całkowite zarośnięcie rany pooperacyjnej i prawie bez wgłębienia w miejsce dużego ubytku kostnego. Mówca podkreśla wielką wartość wszczepiania płatu sposobem, podanym przez Zalewskiego, w przypadkach dużego ubytku kostnego. Wszczepienie to przyspiesza gojenie przez bujne wytwarzanie ziarniny w jamie i przez to nie daje wgłębienia w miejscu operacji, jak to często bywa w podobnych przypadkach.

W dyskusji kol. Skrowaczewski i Lehm podnosili wartość plastyki nosa siodełkowatego, o ile nie nastąpi wessanie się blaszek kostnych. Kol. Zalewski podnosi, że w kilku przypadkach, w których ubytek pooperacyjny w wyrostku sutkowym był duży, wszczepiał płat części miękkich z bardzo dobrym skutkiem i poleca metodę tę jak najgoręcej.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 listopada 1924 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski.

Obecnych 12 członków.

1) Kol. Dobrzański przedstawia chorą z **herpes zoster oticus.** Chora ta jest chorą od 2 tygodni; wystąpiły u niej najpierw bóle w lewej połowie twarzy a w 4 dni później porażenie lewej połowy twarzy i przytępienie słuchu w lewem uchu, oraz zawroty głowy i niepewny chód. Obecnie stan się przedstawia w ten sposób, że na lewej małżowinie usznej są widoczne strupki i plamki (*herpes auriculae*).

Stwierdza się nadto porażenie nerwu twarzowego lewego i zajęcie nerwu słuchowego lewego. Zespół ten schorzenia trzech nerwów wystąpił w takiej samej postaci, jak to opisał Körner. Według Frankl-Hochwartha jest to postać schorzenia nerwów mózgowych, nazwana przez niego *polineuritis cerebralis menieriformis.* Etjologja tego schorzenia dotychczas jest niewyjaśniona. Co się tyczy zaś *herpes auriculae*, który towarzyszy temu zespołowi schorzeń, to nie zawsze musi on występować. Güttich na 10 przypadków zespołu Körnera widział w 2 tylko *herpes*, inne go nie miały.

2) Kol. Lehm przedstawia rzadki przypadek **przerostu migdałka językowego**, który spostrzegał w stanie ropnego zapalenia, przyczem można było widzieć czopki ropne, jak na migdałkach podniebiennych. Obecnie mamy tylko ogromny przerost tego migdałka, który dochodzi do wielkości orzecha włoskiego.

3. Kol. Dobrzański pokazuje: a) **Ciało obce (fasola), wyjęte z lewego oskrzela** u chłopca 7 letniego przez tracheobronchoskopję dolną. Fasola pozostawała przez 3 dni w oskrzelu, przyczem dawała już bardzo silne objawy duszności i wywołała ciężki stan chorego — wielką duszność i sinicę. Po wykonaniu tracheotomji w znieczuleniu miejscowem i wprowadzeniu rury bronchoskopijnej można było widzieć fasolę, tkwiącą w prawem oskrzelu i zwężającą mniej więcej do połowy światło lewego oskrzela. Przy pomocy haczyka tępego (w modyfikacji prof. Zalewskiego) udało się fasolę wydostać. Mówca zwraca uwagę na dogodność wykonania zabiegu nawet u dzieci w znieczuleniu miejscowem;

b) **50 groszówkę w przełyku** u 2 letniego dziecka wyjęto przy pomocy wziernikowania przełyku. Wydobycie przedstawiało trudności z powodu młodego wieku dziecka i wązkości wprowadzonej rury;

c) **Koral w jamie nosowej** wielkości dużego grochu wydobyty z lewej jamy nosowej u 3 letniego dziecka. Koral ten

pozostawał w nosie przez 8 miesięcy, powodując ropną wydzielinę, obrzęk nosa i lewej połowy twarzy. Rodzice dziecka szukali porady u miejscowego lekarza zaraz po przypadku, ale ten pocieszył, że w nosie nic niema.

4) Kol. Krygowska przedstawia przypadek **trzeciorzędnej kiły nagłośni** z przykurczem tejże ku tyłowi, wskutek czego chory odczuwał duszność. Odczyn Wassermanna w krwi ujemny, w płynie mózgo-rdzeniowym dodatni (++++). Zastosowano leczenie przeciwkiłowe.

5) Kol. Zabłocki przypadek **ropnia obustronnego okołomigdałkowego**, w którym nastąpiło zejście śmiertelne. Mimo obustronnie wykonanych nacięć ropni i wstrzykiwań propidonu zakażenie ogólne rozwinęło się szybko, tak, że w ciągu 3 dni doprowadziło do zgonu.

6) Kol. Kuźniar przedstawia przypadek **śródbłoniaka szczęki górnej** wielkości dużego orzecha włoskiego, wpuklające, znacznie boczną ścianę jamy nosowej do światła. Operacyjnie, wychodząc z cięcia w przedsionku ust, udało się guz w całości wyłuszczyć. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie charakterystyczne dla śródbłoniaka. Charakterystyczną w tym przypadku jest względna dobrotliwość guza, który, według podania chorego, miał się rozwinąć od 1½ roku. Gruczołów podszczękowych wyczuć nie można było, wskutek czego też ich nie wyłuszczano. Mówca podkreśla dobrotliwość i stosunkową rzadkość występowania śródbłoniaka w tej okolicy.

Nad przedstawionemi przypadkami wywiązała się **dyskusja**, w której zabierali głos kol. Zalewski, Reinhold, Skrowaczewski, Lehm, Dobrzański i Zabłocki.

Dobrzański, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Poznaniu.

Posiedzenie naukowe w dniu 14. marca 1925.

Przewodniczy kol. Gantkowski.

Obecnych 60 członków.

1. Kol. Zeyland przedstawia przypadek guza, wychodzącego z lewego jajnika o charakterze **cystadenoma multiloculare carcinomatosum**, stwierdzonego na sekcji u osobnika liczącego lat 21. Guz ten ze względu na silne zrosty z jelitami cienkiemi oraz ułożenie w jamie brzusznej (miednica mała zupełnie wolna), przedstawiał znaczne trudności w rozpoznawaniu klinicznem.

Dyskusja. Kol. Jurasz podkreśla, że, jakkolwiek sprawa całkowicie należy do klinicysty ginekologa i sam nie rozporządza zbyt wielkim materjałem w tym kierunku, to jednak stwierdził, że wczesna operacja i dalsze zastosowanie Roentgena daje jak najlepsze wyniki. Kol. Bajoński zapytuje, czy drugi jajnik jest wolny, podając przy tem, że w takich przypadkach najczęściej następuje przerzut do drugiego jajnika. Kol. Skubiszewski wyjaśnia, że w tych wszystkich przypadkach, w których chodzi o jednoczesne powstawanie spraw nowotworowych, należy brać, raczej za podstawę sprawę nieprawidłowego rozwoju jajników, niż przerzut.

2. Kol. Skubiszewski referuje **mesodermoma malignum angioblasticum testis** (*sarcome angioplastique Malassez et Monod*), omawiając piśmiennictwo; kol. Skubiszewski zwrócił uwagę, że tą sprawą zajmowali się francuscy badacze, poczynając od r. 1878. Następnie mówca przytoczył własny przypadek. Nowotwór dotyczył mężczyzny 25 letniego. Punktem wyjścia było lewe jądro, w którem wzrósł nowotwór w postaci guza wielkości 16/17 cm, dalej szerzył się drogą naczyń chłonnych poza otrzewnowych aż do lewej nerki. Guzowate liczne ogniska o zabarwieniu czerwonawem w wątrobie zasadniczo różniły się od tych ognisk, które były w jądrze i w jamie brzusznej. Badanie drobnowidowe ognisk w wątrobie wykazało, że nowotwór składa się z olbrzymich komórek z kilkoma jądrami w nich. Protoplazma posiada liczne wypustki, przeplatające się między sobą, w protoplazmie tych komórek często spotyka się czerwone krwinki. Komórki te okalają szczeliny i jamki wypełnione krwinkami białemi i czerwonemi. Mówca na podstawie utkania określił ten przypadek jako *mesodermoma mal gnum angioblasticum* lub *sarcome angioplastique Malassez et Monod*.

Dyskusja. Kol. Gantkowski zapytuje, jaki wpływ ma wnętorstwo na sprawę powstawania nowotworów w jądrze. Kol. Skubiszewski odpowiada ze tutaj chodzi zwykle o zaburzenia rozwojowe i, w myśl poglądów Wilmsa, istotnie jest raczej embrjoma czyli możnaby mówić w większości przypadków o trzech listkach zarodkowych. Przy sprawach nowotworowych tego rodzaju we wczesnym okresie, opierając się na piśmiennictwie, operacja daje wyniki dobre. Kol. Joncher zapytuje, czy w komórkach olbrzymich, opisanych przez mówcę, stwierdza się młode krwinki czerwone. Kol. Skubiszewski — nie. Kol. Kurkiewicz. Obrazy drobnowidowe oraz przedstawione tablice przedstawiają stan uwsteczuienia się naczyń. Obecność krwinek czerwonych w komórkach olbrzymich uważa za fagocytozę, z czem zresztą z adza się i kol. Karwowski.

Kol. Skubiszewski zauważa w związku z dyskusją, że puste przestrzenie w komórkach olbrzymich są bądź zmianami wodniczkowemi, bądź powstały na skutek wypłukania glikogenu i że krwinki czerwone raczej prędzej dostały się drogą mechanicznego wtłaczania do tych jamek, niż na skutek fagocytozy, chociaż jedno i drugie może mieć tutaj miejsce.

3. Kol. Węsław referuje przypadek **nosacizny u człowieka**. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 27, zwłoki, którego były przesłane do Zakł. Anat. Pat. U. P. z oddziału chorób skórnych Szpitala Miejskiego z rozpoznaniem »kiła«; na sekcji stwierdzono bardzo liczne ubytki skóry twarzy, szczególnie w okolicy czoła i warg. Oprócz tego na skórze prawego łokcia i uda oraz żołędzi widoczne były guzki o brzegach sinawych, a w środku żółtawych. Na błonie śluzowej krtani, szczególnie nagłośni, ubytki. W obydwóch płucach na całej przestrzeni wyczuwają się guzki wielkości od 0.2 do 2 cm w średnicy. Na przekroju są guzki żółtawe, treści kruchej lub półpłynnej. W górnym płacie prawego płuca oprócz tego stwierdza się jamki tejże wielkości, co guzki. W jądrze prawem oraz najądrzu ogniska żółtawe, kruche od 0,3 do 3 cm średnicy. Badanie drobnowidowe wykazało, że środkowa część opisanych guzków składa się z tkanki, uległej martwicy koagulacyjnej oraz karjorektycznej z charakterystycznem zbijaniem się okruchów jąder w duże bryły (*chromatotexis*) na obwodzie tych ognisk tkanka wykazywała nacieczenie przez leukocyty.

Ten zespół objawów dawał możność rozpoznania nosacizny (malleus). Badanie bakterjoskopowe skrawków barwionych metodą Löfflera na laseczniki nosacizny wykazało obecność w ogniskach martwicowych i dokoła nich laseczek tej długości, co gruźlicze, lecz nieco grubszych.

Dyskusja. Kol. Jezierski dodaje do referatu dane z wywiadów, osobnik przed przybyciem do Poznania przebył grypę, prócz tego Wassermann dał ++++. Rozpoznano *lues maligna* i przekazano chorego do Kliniki chorób skórnych.

Kol. Karwowski. Guz w okolicy prawego ramienia wyglądał na guz kiłowy i dodatni wynik zastosowanego leczenia swoistego zdawał się potwierdzać rozpoznanie. Przedstawione preparaty drobnowidowe i obraz mikroskopowy całkowicie przekonywują go, że jest to nosacizna. Kol. Skubiszewski. podnosi na podstawie piśmiennictwa, że nosacizna czasami bywała rozpoznawana jako kiła, grypa, a nawet dur brzuszny. Kol. Lubieniecki podkreśla, opierając się na materjale spostrzeganym w Rosji, że nosacizna nie jest zbyt zaraźliwą. Kol. Gantkowski zauważa, że w tych przypadkach, kiedy chodzi o nosaciznę u koni, obsługa rzadko podlega zakażeniu. Kol. Jezierski zapytuje o różniczkowe metody badania bakterjoskopicznego.

Kol. Węsław odpowiada, że zakażenie może mieć miejsce od człowieka do człowieka, przytaczając jako przykład dr. Laskoskiego i leczącego dr. Jawdyńskiego (w r. 1895). Barwienie różniczkowe było dokonane z wynikiem dodatnim.

Czyżek, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Zebranie doroczne w dniu 11 marca 1925.

Przewodniczący dr. Wernic, zaznaczył na wstępie znaczne ożywienie działalności Towarzystwa. Towarzystwem zaczynają się interesować w 10-ym roku jego istnienia, zarówno sfery rządzące, jak i szersze sfery ludności. Oprócz oddziałów w Warszawie, Wilnie, Poznaniu, Białymstoku powstał oddział w Katowicach, oraz powstaje we Włocławku. Towarzystwo posiada swoich członków korespondentów w Krakowie, Lwowie, Częstochowie, Grudziądzu, Łomży, Płocku, Piotrkowie, Radomiu, Kielcach, Lublinie. Wydawane jest pismo kwartalne »Zagadnienia Rasy«, rozsyłane bezpłatnie członkom, administracja pisma znajduje się w biurze dzienników »Promień«, Widok 19. Biuro Towarzystwa mieści się Jasna 11 m 4, a redakcja i Prezydjum Al. Jerozolimska 16.

Następnie przewodniczącym wybrano Ministra Simona, asesorami redaktora Plewińskiego i sędziego Łopatto i pisarzem dr. Arenwalda. Sprawozdanie z działalności Zarządu Towarzystwa, który odbył 12 posiedzeń, odczytał dr. med. Włodzimierz Gawroński. Sprawozdanie z sekcji zapobiegania i lecznictwa odczytał dr. Reise, sprawozdanie z sekcji prawno-społecznej p. s. Łopatto. Z Sekcji Eugenetycznej dr. J. Zalewska, z sekcji wychowania dr. Włodzimierz Gawroński, z sekcji dochodów niestałych dr. Kazimierz Krajewski, z sekcji propagandy dr. Reise. Przyjęto regulamin sekcji oraz dokonano wyborów. Do Zarządu wybrano: Ministra Simona, prof. Venuleta, mecenasa A. Jurkowskiego, oraz dr. Szulca, dr. Wacława Sterlinga, dr. Wowkonowicza, dr. Pieńkowskiego i Panią Kołaczkowską. Do Komisji Rewizyjnej wybrano Pana Heronima Wyczułkowskiego, Pana J. Moldenhawera, oraz dr. Zaranka-Horbowskiego.

Adres Towarzystwa: Warszawa, Jasna 11 m. 4.

Sekretarjat: *S. Łowińska.*

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Sprawozdanie z działalności za rok 1924.

Dokończenie.

W sprawie zatargu lekarzy w Białymstoku z Zarządem Kasy chorych odbyło się w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej posiedzenie z udziałem przedstawicieli Zarządu N. I. L. zapro-

szonych przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. Ponieważ główną przyczyną tego zatargu była osoba komisarza Kasy chorych, a nie sprawy zasadnicze, przeto przedstawiciele Zarządu N. I. l. wypowiedzieli się za brakiem dostatecznych podstaw do trwania zatargu z powodu jednej osoby, nie stojącej na wysokości swego zadania. Kiedy zaś Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwróciła się do Zarządu N. I. l. z prośbą o przesłanie aktów z wyniku dochodzeń przeciwko Komisarzowi Kasy chorych w Białymstoku (komisarzem był lekarz), Zarząd N. I. l skierował sprawę tę do Izby Warszawsko Białostockiej, jako instytucji uprawnionej do rozpatrywania sprawy w pierwszej instancji.

W sprawie zatargu Izby Krakowskiej z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia z powodu obejmowania **stanowiska lekarza więziennego** przez jednego z lekarzy w Krakowie Zarząd N. I. l., powiadomiony przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, która zawiesiła decyzję Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska, będącego przedmiotem sporu, ze względu na ważność tej sprawy, zwrócił się do Izby Krakowskiej z prośbą o nadesłanie informacji i dokumentów. Jak się okazało z wyjaśnienia Izby Krakowskiej i z dokumentów, nadesłanych przez Izbę Krakowską, że Izba Krakowska nie wezwała lekarza więziennego do zrzeczenia się jego stanowiska, a tylko przestrzegła lekarza, który miał objąć stanowisko lekarza więziennego, przed przyjmowaniem posady bez poprzedniego porozumienia się z Izbą Krakowską w imię godności i interesów stanu lekarskiego, a że sprawy godności i interesów stanu lekarskiego należą do kompetencji Izb lekarskich, a nie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, przeto postanowiono podać do wiadomości Izby Krakowskiej, że Zarząd N. I. l. jest zdania, że zarządzenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia jest nieuzasadnione.

Na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd N. I. l. zwrócił się do Izby Krakowskiej o rozpatrzenie sprawy jednego z lekarzy, praktykujących w Busku. Pozostali lekarze, praktykujący w Busku, zwrócili się z pismem do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, w którem to piśmie zagrozili wyjazdem z Buska, jeżeli nie będzie powstrzymany ów lekarz w swej nieetycznej działalności. Sprawa ta została przekazana przez Izbę Krakowską Sądowi Izby Krakowskiej; dotąd jeszcze nie jest rozstrzygnięta.

Z inicjatywy Izby Poznańsko-Pomorskiej oraz Towarzystwa lekarzy polaków na Śląsku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w dniu 26. X. 1924 r. zwołała konferencję w sprawie utworzenia Izby lekarskiej na terenie Województwa Górno-Śląskiego. Na konferencji tej, która odbyła się pod przewodnictwem Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia przy udziale dwóch przedstawicieli Izby Naczelnej, przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej Dyrektora Górno-Śląskiego okręgu zdrowia oraz dwóch przedstawicieli organizacyj lekarskich na Górnym Śląsku, polaka i niemca, jednomyślnie uznano potrzebę utworzenia Izby Lekarskiej na Górnym Śląsku. Na podstawie tej uchwały ma być wniesiony do Izb Ustawodawczych projekt rozciągnięcia Ustawy o Izbach lekarskich na Województwo Górno-Śląskie.

Na skierowane do Zarządu N. I. l. przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do projektu składania sprawozdań Izb lekarskich do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, Zarząd N. I. l. przesłał odpowiedź, że projekt ten jest sprzeczny z art. 26. Ustawy o Izbach lekarskich, a nadto Zarząd w projekcie tym nie dopatruje się nic takiego, co byłoby pożądane dla dobra stanu lekarskiego lub też sprawy ogólnej. W związku z tą odpowiedzią otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo z prośbą, ażeby sprawozdania roczne Izb lekarskich były przesyłane Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w 2 egzemplarzach, a to w tym celu, ażeby jeden egzemplarz mógł być przesłany do odnośnego Województwa. Wobec tego Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich Izb lekarskich z prośbą, ażeby zarówno regulaminy izb i sądów, jak też i sprawozdania roczne były nadsyłane Izbie Naczelnej w 3-ch egzemplarzach, gdyż dwa egzemplarze tych dokumentów muszą być przesłane Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Za pośrednictwem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odpowiedź **w sprawie używania przez Izby lekarskie Orła Państwowego w pieczęciach.** Minister zgodził się na używanie Orła Państwowego w pieczęciach, ale tylko w połączeniu z symbolicznym znakiem lekarzy. Opracowany przez jednego z grawerów projekt pieczęci — Orzeł państwowy w połączeniu z czarą Hipokratesa — został przesłany w końcu grudnia roku ubiegłego Ministrowi Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia.

Na pismo **w sprawie spółek lekarzy w Warszawie** dla dostarczania adresów, skierowane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Izby Naczelnej z prośbą o opinję, czy spółki te nie działają wbrew etyce lekarskiej i ze szkodą lekarzy, Zarząd N. I. l., po otrzymaniu opinji w tej sprawie wszystkich izb, które to opinje są zgodne z opinją Zarządu N. I. l., odpowiedział, że spółki lekarzy, mające na celu dostarczanie chorym adresów lekarzy, nie udzielające bezpośrednio pomocy lekarskiej, lecz mające na celu reklamę niektórych lekarzy, są oparte na zasadach pośrednictwa i reklamy na zasadach sprzecznych z etyką, godnością, powołaniem i obyczajem stanu lekarskiego, i są zarówno szkodliwe dla chorych, jako nie bezstronne, jak i dla stanu lekarskiego, i dlatego takie spółki powinny być rozwiązane.

Na zaproszenie Generalnego Sekretarjatu Komitetu Ekonomicznego Ministrów Przewodniczący Izby Naczelnej brał udział w posiedzeniach w **sprawie zwalczania drożyzny w kraju**, przyczem miał możność dać wyjaśnienia co do niesłusznych zarzutów pod adresem stanu lekarskiego w sprawach nadmiernie wysokich honorarjów, pobieranych przez lekarzy, co jakoby ma się przyczyniać również do zwiększenia drożyzny.

Czynności Izby Naczelnej w stosunku do innych urzędów centralnych polegały przeważnie na pośredniczeniu pomiędzy temi urzędami, a poszczególnemi izbami lub też innemi instytucjami lekarskiemi. Za pośrednictwem Izby Naczelnej został rozesłany okólnik Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych o stosunku lekarzy wojskowych do Izb lekarskich. Ten sam Departament przesłał Izbie Naczelnej pismo w sprawie opracowania metod poboru rekruta na zjazd medyków i farmaceutów wojskowych w Paryżu, przesłał Izbie Naczelnej informacje co do wymienionego zjazdu z prośbą o propagowanie wśród lekarzy.

Od Urzędu Skarbowego otrzymano pismo o roli Izb lekarskich w sprawach odwoławczych co do wymiaru podatków. Izby lekarskie dla komisji odwoławczych są stroną informacyjną i tylko pod tym względem wpływać mogą na decyzję komisji odwoławczych.

W stosunku do poszczególnych izb lekarskich czynności Zarządu N. I. l. w okresie sprawozdawczym polegały na zatwierdzaniu ustaw i regulaminów na popieraniu spraw poszczególnych izb w urzędach centralnych i wreszcie na pośredniczeniu pomiędzy temi izbami, a urzędami centralnemi. Przesłany przez Izbę Poznańsko-Pomorską projekt statutu Kasy Pogrzebowej został zatwierdzony przez Zarząd N. I. l. po uprzedniem dopełnieniu wymaganych przez Ustawę o Izbach lekarskich formalności.

Przesłany przez Izbę Poznańsko-Pomorską projekt regulaminu Sądu tej Izby nie został jeszcze uzgodniony i wskutek tego dotąd nie mógł być zatwierdzony.

Na pismo Izby Lwowskiej w sprawie regulowania rachunków za czynności sądowo lekarskie Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem, czy na ich terenach były również zażalenia w tej sprawie. Po otrzymaniu odpowiedzi Zarząd N. I. l. zwrócił się do Ministerstwa Sprawiedliwości z poparciem słusznych żądań Izby Lwowskiej i z prośbą o uregulowanie opłat za czynności sądowo-lekarskie tam, gdzie w tej sprawie dotąd stosunki są anormalne.

Na pismo Izby Lwowskiej z przedstawieniem nadmiernych formalności, wymaganych od lekarzy, rozpoczynających praktykę lekarską, przez urzędy starościńskie i wojewódzkie, Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem, czy wymagane formalności są usprawiedliwione. Na zapytanie to odpowiedziała tylko Izba Lubelska, że lekarze, nie mający obywatelstwa polskiego, takie trudności mieli, lecz w ostatnich czasach sprawa ta jest rozstrzygnięta pospiesznie i zgodnie z potrzebami miejscowemi. Wobec takich wyników ankiety Zarząd N. I. l. nie uważał za wskazane zwracanie się w tej sprawie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Izba Krakowska kilkakrotnie poruszała sprawę wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia **pozwoleń praktyki lekarskiej na czas określony bez zgody Izby lekarskiej.** Zarząd N. I. l., podzielając w zupełności pogląd na tę sprawę Izby Krakowskiej, zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o ścisłe przestrzeganie Ustawy o Izbach lekarskich. Sprawa ta była również poparta przez przewodniczącego N. I. l. osobiście podczas konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i można mieć nadzieję, że została zakończona w znaczeniu pomyślnem dla izb lekarskich.

Od Izby Warszawsko-Białostockiej wpłynął projekt zwrócenia się do Ministerstwa Sprawiedliwości w następujących dwóch sprawach:

1. ażeby odpisy wyroków, w których zasądzeni są lekarze, były przesyłane izbom lekarskim;
2. ażeby w sprawach zawodowo-lekarskich Sądy zwracały się do izb lekarskich w celu wyznaczenia ekspertów.

Projekt Izby Warszawsko-Białostockiej przyjęto i zwrócono się do Ministerstwa Sprawiedliwości z odpowiednim memorjałem w tej sprawie. Jako odpowiedź na ten memorjał otrzymano odpis okólnika Ministerstwa Sprawiedliwości do wszystkich sądów I. i II. instancji w sprawie udzielania Izbom lekarskim odpisów wyroków, zapadłych w sprawach karnych przeciwko lekarzom. Okólnik zarazem nadmienia, że w sprawach, w których jest poruszona strona zawodowo-etyczna lekarzy lub stanu lekarskiego i w których z tego względu jest potrzeba wysłuchania znawców, wskazanem byłoby powoływać jako znawców przedewszystkiem przedstawicieli izb lekarskich.

Okólnik ten przesłano wszystkim izbom lekarskim.

Od Izby Łódzkiej otrzymano następujące 3 wnioski z prośbą, ażeby Izba Naczelna w sprawach, poruszonych w tych wnioskach, wystąpiła samodzielnie:

1. Zmiana Ustawy o Kasach chorych.
2. Sprawa leczenia umysłowo chorych.
3. Przywrócenie urzędów lekarzy sądowych.

W sprawie wniosku pierwszego zostały wniesione przez Zarząd N. I. l. poprawki do projektu nowelizacji ustawy o Kasach chorych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Pozostałe dwa wnioski będą w odpowiedniej chwili uwzględnione.

Na skierowane przez Izbę Lwowską do Zarządu N. I. l. zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do zamierzonego wprowadzenia **taryfy lekarskiej** w izbach. Zarząd N. I. l. odpowiedział, że Urzędy Wojewódzkie mają prawo żądać wprowadzenia taryfy lekarskiej, ale z uwzględnieniem par. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. W sprawie tej Zarząd N. I. l. otrzymał od Izby Lwowskiej drugie pismo z zawiadomieniem, że na posiedzeniu tej Izby w dniu 2 listopada 1924 r. zapadła uchwała, ażeby Izba Lwowska wystąpiła o zmianę w drodze Ustawodawczej art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, gdyż, zdaniem Izby Lwowskiej, wprowadzenie taryfy lekarskiej uwłacza godności stanu lekarskiego a wobec tego Izby lekarskie dążyć powinny do zmiany artykułów ustaw tego rodzaju. W sprawie taryfy lekarskiej Zarząd N. I. l. był odmiennego zdania. Przewidziany przez art. 21. cennik poborów lekarskich bynajmniej nie jest cennikiem, którego skala ma obowiązywać w każdym poszczególnym wypadku. Każdemu lekarzowi przysługuje prawo pobierania honorarjum podług swego uznania i cennik obowiązuje tylko w razie, o ile chory nie wiedział lub nie był uprzedzony o wymaganiach lekarza. Cennik więc będzie regulatorem cen tylko w przypadkach nieporozumień między lekarzem, a chorym i będzie przyczyniał się do polubownego załatwienia sprawy bez uciekania się do sądu. Z tych więc powodów Zarząd N. I. l. przyszedł do wniosku, że wprowadzenie taryfy lekarskiej, zdaniem jego, nie przynosi ujmy stanowi lekarskiemu, ani też mu nie szkodzi. Opinję tę przesłano Izbie Lwowskiej.

Od Izby Lubelskiej Zarząd N. I. l. otrzymał dwa pisma w sprawach, dotyczących **pojmowania Ustawy o Izbach Lekarskich.**

Na zapytanie pierwsze, kto ma prawo być obecnym na posiedzeniach Sądu Izby, Zarząd N. I. l. wypowiedział się, jak następuje:

Zarząd N. I. l. rozumie ustęp art. 38 Ustawy — rozprawy są tajne — w ten sposób, że podczas całych rozpraw mają prawo być obecni, oprócz stron i ich zastępców (obrońców), tylko członkowie Sądu w składzie orzekającym i rzecznik dyscyplinarny, zaś świadkowie kolejno każdy podczas swojego zeznania, a rzeczoznawcy według orzeczenia Sądu.

Na zapytanie drugie, jak, zdaniem N. I. l, należałoby komentować ustęp II. art. 8 Ustawy o Izbach lekarskich, a mianowicie, czy liczba wybranych delegatów do Izby Naczelnej pozostaje do końca trzechlecia bez zmiany, czy też w razie powiększenia się liczebności Izby aż do prawa posiadania o jednego więcej delegata, Izba powinna takowego wybrać dodatkowo na jednem z rocznych zebrań bieżącego trzechlecia — Zarząd N. I. l. wypowiedział się za pierwszem komentowaniem Ustawy i zawiadomił o tem Izbę Lubelską.

Zarząd N. I. l. rozpatrzył **odwołania, wniesione za pośrednictwem Izby Lwowskiej przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej** dwóch członków Izby Lwowskiej i wypowiedział się, jak następuje:

Ponieważ uchwała w sprawie przymusowego ubezpieczenia członków Izby Lwowskiej w kasie pensyjnej dla wdów oraz ubezpieczenia na wypadek choroby zapadła zgodnie z art. 4 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich i ponieważ uchwała ta została zatwierdzona na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 27. I. 1924 r., przeto uchwała ta stała się prawomocną i obowiązuje wszystkich członków Izby Lwowskiej Na tej podstawie Zarząd N. I. l. postanowił uchylić przesłane odwołania przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej we Lwowie i postanowił zawiadomić o tem lekarzy, którzy wnieśli odwołania, za pośrednictwem Izby Lwowskiej.

Od Izby Lwowskiej Zarząd N. I. l otrzymał zawiadomienie o powziętej przez tę Izbę uchwale w sprawie **przyłączenia się do** rezolucji pierwszego Polskiego naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923 r., domagającego się **przemiany Pastwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie na klinikę stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego.** W wymienionej sprawie Zarząd N. I. l. podzielał w zupełności pogląd Izby Lwowskiej. To też Zarząd N. I. l nie uwzględnił prośby o poparcie projektu Ustawy Izby Dentystów, przesłanego Izbie Naczelnej przez Związek Zawodowy lekarzy dentystów w Państwie Polskiem.

Zarząd N. I. l. otrzymał w roku ubiegłym listę lekarzy od wszystkich Izb z wyjątkiem Izby Łódzkiej. Sprawozdania za rok 1923 Zarząd N. I. l. otrzymał od Izb Poznańsko-Pomorskiej, Lubelskiej i Lwowskiej. Regulaminy Izby i Sądu Zarząd N. I. l. otrzymał tylko od Izby Lubelskiej.

W sprawie Sądu N. I. l. w celu uniknięcia nadmiernego biurokratyzmu, a także, wobec przeciążenia pracą Izby Naczelnej i jej Sądu, Zarząd N. I. l. uchwalił jednomyślnie, że w sprawach sądowych Sąd N. I. l. ma prawo komunikować się z innemi izbami bez pośrednictwa Zarządu N. I. l.

Zarząd N. I. l. w sprawach zawodowych zwracał się niejednokrotnie do Głównego Zarządu Związku lekarzy Państwa Polskiego i odwrotnie rozpatrywał i popierał projekty Związku.

Z inicjatywy Związku N. I. l. wystosował memorjał do Ministra Skarbu w **sprawie pobierania podatku przemysłowego od lekarzy.** W memorjale tym zwrócono uwagę, że od lekarzy napływają skargi nie na nadmierne obciążenie ich podatkami, lecz na wadliwy system wyznaczania podatków przez Izby Skarbowe, które nad deklaracjami złożonemi przechodzą do porządku dziennego i same oznaczają wysokość zarobków, zaliczając w ten sposób bez podstawy ludzi lojalnych i uczciwych do grona niesumiennych i szkodników Państwa.

Z inicjatywy Związku Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z prośbą o wypowiedzenie się w **sprawie obejmowania posad w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych.** Ponieważ Izby Warszawsko-Białostocka, Lubelska i Łódzka wypowiedziały się przeciwko wszelkim ograniczeniom w tej sprawie, Izby Krakowska i Lwowska są przeciwne obejmowaniu miejsc w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych, a Izba Poznańsko-Pomorska jest zdania, że sprawa ta może być wtedy dopiero rozstrzygnięta, kiedy będzie ustalony stosunek lekarzy wojskowych i urzędowych do izb lekarskich — Zarząd N. I. l. postanowił wnieść tę sprawę, jako nieuzgodnioną, na posiedzenie ogólne N. I. l.

Sprawy skierowywane do Zarządu N. I. l. wskutek nieporozumienia, były przekazywane instytucjom właściwym i sprawa Koła lekarzy w Ciechocinku — Izbie Warszawsko-Białostockiej, skarga na lekarza z Opatowa — Izbie Krakowskiej i skarga sędziego śledczego pow. Stołpeckiego na lekarza z Iwieńca — zwrócona z powrotem ponieważ ziemia Nowogrodzka nie jest objętą przez organizację izb lekarskich, nad któremi Naczelna Izba ma władzę, przyczem nadmieniono, że wymieniona sprawa powinna być skierowana do miejscowych władz sanitarnych wojewódzkich.

Dla ścisłości wspomnieć tu należy jeszcze o jednej skardze, która wpłynęła do Zarządu N. I. l. od adwokata z Inowrocławia dr. Gryziewicza, pełnomocnika 5-ciu lekarzy, którzy **w czasie bezkontraktowym objęli posady w Kasie chorych w Inowrocławiu.**

Była to skarga na Izbę Poznańsko Pomorską oraz żądanie, ażeby zarówno Izba Poznańsko-Pomorska, jak też i Izba Naczelna, wypowiedziały się w sprawie artykułu w Nowinach lekarskich, w których to artykułach owi lekarze przedstawieni zostali w niekorzystnem świetle.

Na to dziwne conajmniej żądanie Zarząd N. I. l. odpowiedział, co następuje:

1. Zarząd N. I. l. nie stwierdza niewłaściwego i krzywdzącego traktowania w odpowiedzi Izby Poznańsko-Pomorskiej.
2. Zarząd N. I. l. uważa, że treść odpowiedzi, udzielonej przez Izbę lekarską zapytującym, zależy wyłącznie od niej i dlatego nie uważa za stosowne wpływać w tym kierunku
3. Zarząd N. I. l. uważa, że Izba lekarska nie jest obowiązana udzielić odpowiedzi, czy solidaryzuje się z artykułem, nie w jej imieniu ogłoszonym.
4. Z tego też powodu Zarząd N. I. l. uważa żądanie Pana, ażeby Naczelna Izba lekarska ogłosiła oświadczenie, czy solidaryzuje się ze wspomnianym artykułem za wysoce niewłaściwe i odpowiedzi na nie odmawia.
5. Zarząd N. I. l. niniejszem oświadcza, że wypowiadanie Sądu, jakoby Izba lekarska Poznańsko-Pomorska potraktowała mocodawców Pańskich krzywdząco, zanim fakt taki został stwierdzony przez władze właściwe, jest niedopuszczalnem i że o fakcie tym Zarząd N. I. l. poda do wiadomości Izby lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Na posiedzeniu Rady Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14. XII. 1924 r. członek Izby Naczelnej dr. Jan Adamski zrzekł się mandatu i na jego miejsce powołano dr. Zofję Garlicką. — Na posiedzeniu tem była rozpatrywana sprawa wyborów do Izby Naczelnej przez Izbę Warszawsko-Białostocką w roku 1923. Wyrok Trybunału Administracyjnego orzekł, że ordynacja wyborcza przy wyborach do Izby Naczelnej należy do kompetencji Rady Izby a nie Ministerstwa Zdrowia, jak to miało miejsce przy wyborach do Izby Naczelnej w 1923 r. Wobec tego Rada Izby Warszawko-Białostockiej zarządziła do Izby Naczelnej nowe wybory, które to wybory skład delegatów od Izby Naczelnej pozostawiły bez zmiany.

W końcu nadmienić należy, że Izba lekarska była reprezentowana na Zjeździe lekarzy i działaczy samorządowych w Łucku, na jubileuszu Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, na Zjeździe naukowym i koleżeńskim w Poznaniu, na dorocznym obchodzie święta I baonu sanitarnego w Warszawie.

Sekretarz: *Dr. Bełkowski.* Przewodn. Naczelnej Izby lek. *Dr. Bączkiewicz.*

W sprawie Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej.

Zebranie lekarzy w Stanisławowie.

W sprawie Kasy emerytalnej przy lwowskiej Izbie lekarskiej odbyło się przed kilku tygodniami w Stanisławowie zebranie lekarzy, na którem na wniosek kol. Ferensiewicza uchwalono zaprosić delegatów Izby lwowskiej, którzyby wyjaśnili stronę techniczną ubezpieczenia i porównali projekt sanocki z projektem izbowym.

Dnia 22 marca b. r. odbyło się w Kasie Oszczędności drugie zebranie kolegów stanisławowskich przy udziale prez. Papeégo i kol. Dolińskiego Eug. ze Lwowa. Przewodniczył kol. Gut, sekretarzem był kol. Mayer.

Posiedzenie zagaił kol. Ferensiewicz, witając delegatów, i przedstawił szereg przykładów ubezpieczenia wdów i sierót na podstawie projektu izbowego.

Następnie kol. Papée w obszernym referacie przedstawił historję wysiłków lekarzy w kierunku ubezpieczenia wdów i sierót w dawnym zaborze austrjackim od r. 1900. Próby te jednak nie zostały uwieńczone pożądanym skutkiem t. j. nie rozszerzyły się, ponieważ ubezpieczenie nie było obowiązkowe dla wszystkich lekarzy. Dopiero ustawa o Izbach lekarskich a w następstwie tego inicjatywa Izby lwowskiej, zatwierdzona przez Izbę Naczelną, która nakazała obowiązkowe ubezpieczenie wszystkim członkom, pchnęła tę sprawę na właściwe tory. W konsekwencji Izba lwowska odbyła szereg posiedzeń i konferencyj z technikami asekuracyjnymi, dyrektorami instytucyj ubezpieczeniowych i znawcami — czego owocem był projekt regulaminu w wyjątkach odczytany kolegom. Towarzystwa ubezpieczeń, zapytywane o wysokość wkładek dla członków Izby w razie, gdyby objęły we własny zarząd takie ubezpieczenia, podawały cyfry znacznie wyższe od tych, które można było ofiarować kolegom, co było zrozumiałe, dlatego, ponieważ administracja jest tańsza w Izbie, a instytucja nie jest obliczona na zyski. Pozornie lepsze warunki, ofiarowywane ubezpieczonym przez niektóre towarzystwa, polegają na tem, że towarzystwa przyjmują tylko zdrowych ludzi na podstawie świadectwa lekarskiego, podczas gdy Izba obowiązkowo musi przyjmować wszystkich. Ten moment, że wszyscy muszą należeć, a więc i początkujący lekarze, finansowo słabsi — decydował o tem, że przyjęto jako najniższe ubezpieczenie sumę 1500 zł., a wkładkę kwartalną 45 zł. Można jednak podwyższyć to ubezczenie do 6000 zł. za wkładkę 180 zł. kwartalnie.

Po wysłuchaniu referatu i wyjaśnienia kol. Dolińskiego w sprawie dewaluacji i lokaty kapitałów — zebranie uchwaliło prosić Izbę, aby wzięła pod uwagę, czy nie możnaby po 5-ciu latach wyczekiwania podnieść świadczenia z 20% na 30%, i obniżyć górnej granicy wieku, uprawniającego do poboru renty na starość do 65 lat.

Po przemówieniach szeregu kolegów kol. Ferensiewicz zakończył zebranie stwierdzeniem, że po wyjaśnieniu delegatów niema podstawy do opozycji przeciw projektowi Izby, i podziękował delegatom za przybycie.

Izba lekarska Lwowska.

Posiedzenie Komitetu Kasy ubezpieczeniowej w dniu 11. marca 1925 (Wydziału Kasy chorych Lekarzy) w własnym domu przy ul. Zyblikiewicza l. 23

Obecni: Prez. Dr. J. Papée, Prof. Dr. Nowicki, Dr. Moszkowicz I. Dr. Eug. Doliński i buchalter Krywald.

P. Krywald przedstawił stan Kasy.

Zarząd wysłał 632 upomnień z powodu niezapłacenia należytości przez członków po koniec marca 1925 i rozesłał przez inkasenta 247 upomnień we Lwowie.

Ze szpitala państwowego lwowskiego, mimo wysłania zbiorowego urgensu do Dyrekcji, nie nadeszło dotychczas żadne pismo, ani Kasa nie otrzymała od lekarzy szpitalnych zaległości.

Z kolei odczytano pisma kolegów, zgłaszających o wielokrotne podwyższenia wkładek i świadczeń. Uchwalono poniżej wymienionych kolegów przyjąć do Kasy, zgodnie z ich żądaniami.

1. Dra Józefa Czaczkowskiego, proszącego o 10-krotność (10 Zł świadczeń dziennie) od 1. stycznia 1925.
2. Dra Roberta Drezdnera o 4-krotność (4 Zł świadczeń dziennie) od 1. stycznia 1925.
3. Dra Leopolda Schellenberga o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
4 Dra Stanisława Kwiatkiewicza o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
5. Dra Feliksa Tokarskiego o 10-krotność od 1. stycznia 1925 roku.
6. Dra Emanuela Damańskiego o 6-krotność od 1. stycznia 1925.
7. Dra Michała Ferensiewicza o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
8. Dra Mieczysława Nartowskiego z Krakowa o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
9. Prof. Dra Witolda Nowickiego o 4-krotność od 1. kwietnia 1925.
10. Prez. Dra Jana Papéego o 10-krotność od 1. kwietnia 1925 roku.
11. Dra Adama Lewintera o 10-krotność od 1. kwietnia 1925 roku.
12. Dra Jana Osadnika z Przeworska o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
13. Dra Wiktora Borysiewicza z Monasterzysk o 10-krotność od 1. stycznia 1925.

Przyznano Kolegom i Koleżankom zasiłki za czas choroby, względnie za czas niezdolności do pracy (porody):

1) Koledze Dr. S. z L. wypłacono 220 Zł; koledze S. K. z L. wypłacono 61 Zł.

Równocześnie uchwalono napisać do ordynującego kol. Dr. P. ze Lwowa z prośbą o wyjaśnienie, ile razy odwiedzał chorego kolegę i jakie jest jego zdanie co do dalszego przebiegu choroby, ponieważ jest to potrzebne do wymierzenia zasiłku.

3) Kol. D. 38 zl. i zażądać stosownie do regulaminu dostarczenia dodatkowo świadectwa lekarskiego; 4) kol M. z Ż. 73 zł.; 5) koleżance F. K. T. 72 zł.; 6) kol. M. z T. uchwalono wyjątkowo przyznać 53 zł. i sumę tę wypłacić, chociaż kolega 9 miesięcy nie wpłacał wkładek; 7) koleżance Cz. 26 zł.; 7) kol. Z. A. z T. 62 zł.; 9) kol. S. P. z D. przyznano za r. 1924 130 zł. i uchwalono zwrócić uwagę, że, według regulaminu, pretensje po upływie pół roku ulegają przedawnieniu; 10) kol. R. J. z S. przyznano 14 zł.; 11) kol. B. L. z K. na razie do końca lutego b. r. (ponieważ dalej choruje) 48 zł.; 12) koleżance G. A. F. z K. 86 zł.; 13) kol. S. Sz. ze L. 24 zł.; 14) koleżance H. H. B. z B. 140 zł. i uchwalono zwrócić uwagę, że w r. 1925 wkładek nie płaciła i poprosić dla formy o świadectwo lekarskie; 15) koleżance K. L. 78 zł.; 16) kol. T. T. ze L. 140 zł.; 17) kol. W. A. na wyjazd zagranicę w r. 1924 odmówiono przyznania zasiłku z powodu więcej niż 6-cio miesięcznego przedawnienia pretensji (zgodnie z regulaminem). Ogólnie wypłacono 1265 zł.

Uchwalono wezwać kolegów do regularnego płacenia wkładek, aby nie utrudniać wypłat, które z rozszerzeniem Kasy będą coraz wyższe.

Koło Chełmskie Związku Lekarzy P. P.

Niniejszem zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia, umieszczonego w pismach lekarskich o nieobejmowaniu posad w Kasie chorych w Chełmie bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Chełmskich, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Kasie chorych objęły.

Na wezwanie Związku, skierowane do nich, by zrzekli się tych posad, jako pozostających pod bojkotem, odpowiedzieli odmownie.

Wobec tego piętnujemy postępowanie niekoleżeńskie tych lekarzy i podajemy ich nazwiska do wiadomości Ogółu Kolegów.

Nazwiska tych lekarzy są: dr. Adolf Bratus, dr. Aleksander Sadowski i dr. Piotr Pruski.

Chełm, dnia 17. III. 1925 r.

Dr. T. Gniazdowski — Sekretarz:
Dr. E. Łuczkowski — Przewodniczący Koła.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie.

Redakcja otrzymała.

Doc. dr. Klein Stan. Primäre Cholangitis. Odb. z Ergebnisse der gesamten Medizin. t. VI.

J. Olbrycht. Kraków. Etude expérimentale de la Pathogénie de la mort par brulure. Odb. z Revue de Médecine.

J. Olbrycht and M. Ramult. On certain alterations in suprarenal bodies in the anaphylactical shock and after the parenteral introduction of different albugineous substances. odb. z Bulletin de L'Acad. de Sc. Medic. Kraków. t. III. 1923. fasc. 1—2.

J. Olbrycht u. Ramult. Der Einfluss der Verbrühung, des anaphylaktischen Schockes und der parenteralen Zufuhr verschiedener Eiweiss-stoffe auf das histologische Bild der Nebennieren. Odb. z Deutsch. Ztsch. f. gesamte gericht. Mediz. t. III. zesz. 5.

J. Olbrycht. Zur Kasuistyk der selteneren Vergiftungsarten. odb. z Deutsch. Ztsch. f. ges. gericht. Mediz. t. IV. zesz. 3.

Dr. Ign. Dembicki. Ciechocinek. Środki lecznicze, sposoby i zakres ich stosowania oraz wskazania. 1925. Higjena ciała. Nr. I. marzec. 1925.

W. Nowicki. O chorobach zakaźnych. Bibl. higjeniczna Nakł. Książnica—Atlas. 1925.